

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

205A
Sr. CALVA

"ESTUDIOS SOBRE LA AGRESION EN UN GRUPO DE
NIÑOS CON SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL
MINIMA"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARTHA RESENDIZ LOPEZ

M-0036274

ASESOR: LIC. ASUNCION VALENZUELA COTA
AREA: CLINICA.

MEXICO, D.F.

1986.



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.

A mi padre: Ricardo Reséndiz Granillo
Cuya huella es algo más -
que memoria.

Y PS. 4149

A mi madre: Emilia López Vda. de Reséndiz.

A mis hermanos: Francisco, Fernando y Santiago.

A Lorena, Ricardo y Héctor.

Por todo aquello, que palabras como agradecimiento, cariño, apoyo, ternura, alegría intentan expresar.

A la Dra. Marcia Morales Figuerola por tanta enseñanza entusiasmo y compromiso expresados durante el proceso de reconstrucción (no nacional).

A Irma, Santa, Vale por su amistad incondicional la cual es un verdadero reto a la correspondencia.

A Teodora López, Salvador Soto y Lucette Constans por varios imborrables y oportunos detalles.

A la Lic. Ma. Asunción Valenzuela Cota por su asesoría y apoyo que rebasó el aspecto académico.

Al Dr. Javier Herrera López del CREE-OAXACA - quien aún sin conocerme me brindó su apoyo para mi mejor desarrollo personal y profesional.

"No puedes evitar que los pájaros del dolor vuelen por encima de tu cabeza, pero sí puedes impedir que formen ni dos en tu cabello".

PROVERBIO CHINO.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	1
DESCRIPCION DEL CENTRO DE REHABILITACION DE EDUCACION ESPECIAL DEL ESTADO DE OAXACA	4
CAPITULO I. ANTECEDENTES	
Investigaciones realizadas en el niño con Disfunción Cerebral Mínima.	8
Investigaciones realizadas con El Test de Frustración de Rosenzweig en población infan til.	10
CAPITULO II. GENERALIDADES SOBRE EL SINDRO ME DE DISFUNCION CEREBRAL MI NIMA	
Aspectos generales	13
Etiología	18
Sintomatología	21
Diagnóstico	24
Diagnóstico Diferencial	31
Ubicación de la Disfunción Ce rebral Mínima en el DSM III.	34
Tratamiento	34
Pronóstico	38
CAPITULO III. CONSIDERACIONES TEORICAS SO BRE LA AGRESION	
Aspectos Generales	40
Conducta agresiva en el niño	45
Teoría de la Frustración de Rosenzweig	47
La Agresión en el Niño con - Disfunción Cerebral Mínima	52
CAPITULO IV. METODO	
Planteamiento	55
Definición de Términos	56
Variables	57
Hipótesis	59
Tipos de Estudio	60

	Diseño	61
	Muestreo	61
	Sujetos	62
	Escenario	62
	Materiales	62
	Procedimiento	65
CAPITULO V.	RESULTADOS	
	Análisis Estadístico	69
CAPITULO VI.	DISCUSION	74
CAPITULO VII.	CONCLUSIONES	78
CAPITULO VIII.	ALCANCES, SUGERENCIAS Y <u>LI</u> MITACIONES	80
	TABLAS	83
	BIBLIOGRAFIA	90

I N T R O D U C C I O N

Infancia es destino nos dice el profesor Santiago Ramí-- rez; "El niño es el padre del hombre", escribió un poeta inglés, antes de que Freud nos hablara de la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo de la personalidad; - "frustración es algo que se produce siempre que el organismo encuentra un obstáculo o un impedimento insuperable en su camino en la satisfacción de una necesidad vital cualquiera", - nos señala Rosenzweig; S. Nach postula que la agresividad parece originarse en el displacer, la insatisfacción o el dolor y ve una estrecha relación entre agresividad y frustración. Ante las situaciones limitantes que el medio escolar y familiar impone al niño con disfunción cerebral mínima, por sus -- mismas características, ¿cómo maneja éste su agresión? pregun to yo.

A lo largo de tres años de mi desempeño profesional como psicóloga clínica, y en la evaluación de niños que acuden a - consulta con un conjunto de síntomas que corresponden al sín- drome de disfunción cerebral mínima, he podido observar que, - independientemente de las limitaciones que el síndrome trae - consigo, el niño tiene que enfrentar un trato inadecuado tan- to en el medio escolar como en el familiar. Por lo anterior, ha surgido la necesidad de estudiar con más profundidad y científicidad cómo es el manejo de la agresión en niños que - presentan el cuadro mencionado, considerando que a medida que

tengamos mayor conocimiento de dicha entidad nosológica, que se da en un alto porcentaje de la población infantil, más capacitados estaremos para ayudar a estos infantes para un mejor destino.

Nos referimos a Disfunción cerebral mínima (DCM) cuando explicamos ciertos trastornos de conducta y aprendizaje presentes en la infancia y en el cual se considera que los signos neurológicos son mínimos; sin embargo nada tan paradójico como el término de "mínima" ya que el niño con DCM sufre de importantes limitaciones en su desarrollo, siendo el síndrome que hoy nos ocupa uno de los cuadros de psicopatología infantil que tiene mayores efectos sobre el adecuado crecimiento del menor, sobre las herramientas que el niño debe adquirir y sobre su relación con su ambiente.

La presente investigación tiene como finalidad el estudio de la agresión en un grupo de niños con DCM cuyas edades fluctúan entre los seis y diez años de edad. Se fundamenta teóricamente en la Teoría de la Frustración desarrollada por Rosenzweig a partir de 1934, la cual deriva de un enfoque psicoanalítico para el estudio de la agresión. Ahora bien, se considera importante el estudio de la agresión por el hecho de que la sublimación de la agresividad permite la transformación de la energía agresiva en energía neutra al servicio del yo, lo que, en caso de darse así, ayudará al niño en la adquisición de elementos que en su vida futura le permitirán mayor adaptación y armonía con su medio. Por otro lado, se conside

ra que la frecuencia tan alta con que se presenta el síndrome de DCM justifica el intento de escribir acerca de este tema - y, particularmente, sobre la agresión, por las repercusiones que el juego erróneo, la amistad difícil y el trabajo incompleto pueden originar en este grupo de niños.

DESCRIPCION DEL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION
ESPECIAL DEL ESTADO DE OAXACA

La Educación Especial y la Rehabilitación integral están dirigidas a quienes presentan: deficiencia mental; trastornos en las áreas de aprendizaje, audición y lenguaje; deficiencias visuales, impedimentos motores; así como alteraciones en las esferas emocional, conductual y social.

En la actualidad se sigue la estrategia de manejar estas alteraciones a través de equipos interdisciplinarios que abarcan todo el proceso de atención, detección, evaluación, diagnóstico, canalización y tratamiento de cada caso.

Es en 1960 cuando en nuestro país se crea la Coordinación de Educación Especial, y debido a la demanda que presentó, la Subdirección de Educación Elemental de la Secretaría de Educación Pública crea en 1970 la Dirección General de Educación Especial.

Por otro lado la Dirección de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia S.S.A. (En la actualidad Secretaría de Salud) promueve en 1975 la creación del Registro Nacional de Inválidos (RENI), registro cuya estadística calculó en aquel entonces la existencia de seis millones de inválidos que requerían atención y dado que la mayoría vivían en el interior del país, se implementó la creación de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (40).

Fue así como en coordinación la S.S.A. a través de la Dirección General de Rehabilitación, la S.E.P. a través de la Dirección General de Educación Especial y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.), elaboraron un modelo de centro que aprovechara al máximo el recurso instalado, de manera que con un edificio, un equipo humano y técnico se pudieran prestar los servicios de rehabilitación integral a las personas que presentaran algún tipo de invalidez y residieran en la provincia, evitando así la concentración de este servicio en el Distrito Federal.

En la actualidad se cuenta con 21 centros de Rehabilitación y Educación Especial en 20 estados de la República Mexicana. (38)

CARACTERISTICAS DEL CREE-OAXACA

El CREE-OAXACA funciona en la capital de dicho estado a partir de 1976 y en la actualidad desarrolla sus actividades mediante el esfuerzo coordinado del Gobierno del Estado, la Secretaria de Salud y la Secretaría de Educación Pública a través del Sistema D.I.F.

En sus instalaciones se atiende a cualquier persona que presente algún tipo de invalidez mediante una cuota de recuperación que se establece conforme a un estudio socioeconómico de la familia del solicitante.

En el área de evaluación se integran los servicios de: Medicina General, Comunicación Humana y Trabajo Social. Con-

tando el área de Rehabilitación con los servicios de: Pediatría, Ortopedia, Neurología, Neuropsiquiatría, Psicología, Medicina Física y de Rehabilitación, Electroencefalografía -- así como Terapia Física, Ocupacional y de Lenguaje, además de un Centro de Apoyo Pedagógico.

Por otro lado, en el área de Educación Especial se atiende a personas con Deficiencia Mental, lesionados del aparato locomotor y con problemas de audición.

ACTIVIDADES DEL SERVICIO PSICOLOGIA EN EL CREE-OAXACA:

El servicio de psicología realiza evaluaciones integrales que comprenden los siguientes aspectos: inteligencia, dinámica familiar, ubicación maduracional, cuadros orgánicos cerebrales y la evaluación de trastornos de la personalidad. Igualmente realiza actividades de manejo y orientación psicológica. En este punto es importante señalar que el servicio de psicología atiende a población infantil en su mayoría.

Ahora bien, dentro de sus actividades de evaluación emplea los siguientes instrumentos psicológicos: Las Escalas de Inteligencia de D. Wechsler (WAIS, WISC, WIPPSI), Tests de Matrices Progresivas de Raven, Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, Test de Frases Incompletas de Saks, El Dibujo Proyectivo de la Figura Humana de K. Machover así como el Test de Madurez Conceptual de Goodenough-Harris. Por otro lado, en la evaluación de la población adulta se utilizan además el Test de Apercepción Temática (TAT) y el Psicodiagnósti

7

co de Rorschach.

En lo que respecta el manejo y orientación psicológica, estos varían según el grado, las características y la naturaleza de las alteraciones que se presentan en cada caso y pueden ser Orientación familiar, Orientación Vocacional, seguimiento de casos y reubicación escolar, entre otras.

Siguiendo la línea marcada por los objetivos de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial, la evaluación, - el diagnóstico y tratamiento se realiza en forma interdisciplinaria. Y es así como el solicitante de atención recibirá atención integral en las áreas que por sus características ca da caso requiera.

Es en este marco institucional donde el trabajo con niños con DCM, ha llevado a considerar la importancia de mayor investigación en los aspectos emocionales de los menores con dicho síndrome, aspectos que como veremos en el siguiente capítulo no se ha investigado mucho, aún con la gran incidencia del síndrome mencionado en la población infantil.

I. ANTECEDENTES

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN NIÑOS CON DISFUNCION CEREBRAL MINIMA

En primer punto es importante señalar que la mayoría de las investigaciones sobre Niño con DCM se centran en el estudio de aspectos diagnósticos principalmente, lo cual requiere complementarse con investigaciones de los aspectos emocionales que presentan los niños con dicho síndrome.

A continuación se revisan investigaciones realizadas en los últimos años que nos aportan datos relevantes para el presente estudio.

En lo que respecta al primer tipo de investigaciones tenemos que en 1975 Padilla Farias realizó un trabajo que tuvo como objetivo establecer, con base en el Test de Bender-Koppitz, la incidencia de indicadores de lesión cerebral en un grupo de 154 niños de 5 a 8 años de edad. Concluyó en su investigación, que los niños con dichas características presentaron un elevado índice de indicadores de organicidad en comparación con niños normales y que la mayoría de los sujetos diagnosticados con DCM presentaron dificultad en el trazo de ángulos, --omitiéndolos o agregándolos, siendo éste indicador de marcada frecuencia. (32).

Siguiendo esta misma línea Dueñas Calderón y González Barney (1975) realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer si los niños con lesión cerebral presentaban los indicadores--

que de ésta da E. Koopitz. La muestra se constituyó de 144 niños entre 5 y 8 años de edad diagnosticados con DCM. En su estudio concluyen que los niños con estas características tienden a presentar un registro elevado de indicadores de DCM en comparación con el registro de niños normales. (15)

Por otro lado, Zamora Contreras en 1980 realizó un estudio en niños con DCM a través del Bender y WISC cuyo objetivo fue establecer las posibles diferencias entre un grupo de niños escolares de 8 a 10 años con DCM y los aparentemente normales. En su estudio encontró que los niños con DCM presentan problemas de aprendizaje y/o conducta, muestran dificultades en las capacidades de memoria, atención, concentración, comprensión y formación de conceptos verbales, planteando que las características de conducta presentadas por los niños con DCM repercuten en su rendimiento escolar e intelectual así como en sus relaciones interpersonales. (48)

Importante de mencionar son los trabajos de Tlatempa --- Aquino (43) y González Castillo (20) quienes realizaron revisiones bibliográficas sobre las principales manifestaciones de niños con DCM.

En lo que respecta a estudios de aspectos emocionales en los niños con el síndrome que hoy nos ocupa, el campo tanto en nuestro país como en el extranjero es árido, siendo éste otro punto por el cual se considera importante el presente estudio.

Weis Bakas (1975), realizó un estudio cuyo propósito fue dar una valoración dinámica de las relaciones familiares en aquellos grupos donde un miembro presentara DCM. El estudio se constituyó de 10 casos de niños con DCM y sus familias. Encontró que dicho miembro influiría y serviría a la familia -- así como la familia a éste. (45)

Por su parte Noguez Corona en su estudio sobre "La actitud de un Grupo de Madres hacia sus hijos hiperactivos" (1985) plantea que la información que ésta tuviera acerca del padecimiento de su hijo influiría sobre sus actitudes hacia el niño en forma favorable. Encontró que la educación y el conocimiento sobre el tema que poseyera la madre, y el mayor nivel intelectual del niño, podría tener mayor influencia sobre la favorabilidad en la actitud de la madre, que la edad de ésta. (29)

INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL TEST DE FRUSTRACION DE ROSENZWEIG A LA POBLACION INFANTIL

Es importante señalar que la Prueba de Frustración de Rosenzweig (PFT) aún no se encuentra estandarizada a la población mexicana lo que es una limitación para los estudios que con dicha prueba se realizan. Siendo así que el trabajo pionero de M. Trinidad Berrum (1966) se considera importante, ya que aún cuando no se le podría catalogar de una formal estandarización para la población mexicana, si nos da una aproximación al empleo de la Forma para Adultos en México. (6)

Con población infantil, Cuevas Ocampo y Olvera Osorio -- (1980) aplicaron el PFT a un grupo de 100 escolares de cuarto grado, entre 9 y 10 años de edad, con la intención de probar - si existían o no diferencias en la dirección de la respuesta - ante la frustración entre niños y niñas. Los resultados que - obtuvieron señalan que no existen diferencias significativas - entre ambos sexos. (11)

Ferguson R.G. estudió a 32 niños con problemas de conducta y comparó sus puntajes de PFT con las anamnesis en cuanto - a su relación con la estabilidad hogareña y de los padres. -- Seleccionó los patrones Superyoicos del PFT y demostró que la - mitad de los sujetos con puntajes superyoicos más bajos, te-- nían la más alta frecuencia de inestabilidad hogareña y en -- los padres. (17)

Por su parte Lindzey y Goldwyn compararon 40 niños delincuentes de 12 a 13 años de edad con sujetos no delincuentes. Comprobaron que, contrariamente a las expectativas, los delincuentes tenían altos puntajes Intropunitivos e Impunitivos y - bajo puntaje extrapunitivos. (25)

Por otro lado, en su "Estudio sobre la Agresión en un -- Grupo de Niños Enuréticos" Hernández Martínez (1984) aplicó - el PFT a un grupo de 32 niños con enurésis secundaria con el - objetivo de probar si ante la frustración o presión externa - el niño respondía dirigiendo la agresión en forma extrapunitiva con mayor frecuencia que otro tipo de respuestas. Encon-- tró que predomina más este tipo de respuesta en el niño con -

enuresis secundaria, postulando que frente a una situación frustrante, antes de aceptar cualquier responsabilidad, el niño deposita ésta en el exterior para evitar la culpa o amenaza que provoque dicha situación. (22)

Finalmente, Coppari González realizó un estudio sobre la agresión en niños con Síndrome del Maltrato aplicando el PFT a 31 niños con dicho síndrome de 6 a 12 años de edad, encontrando que el manejo de la agresión en dicho grupo se caracteriza por una agresión intrapunitiva y un tipo de respuesta con predominio del obstáculo. (9)

Además de estas investigaciones de pertinencia fundamentalmente clínica se han realizado estudios con test de frustración de Rosenzweig para detectar diferencias sexuales en el manejo de la agresión, así como comparaciones culturales.

En términos generales podemos considerar que si bien en México no existen trabajos de investigación o estadísticos solidamente estructurados, que reúnan el requisito básico de una muestra de trabajo verdaderamente representativa de la población nacional de niños con DCM, los estudios que se realizan en este campo en grupos de niños con DCM y de características específicas son de gran importancia para la conformación y diseño de futuras investigaciones, para lograr cada vez mayor fineza en la investigación.

II. GENERALIDADES SOBRE EL SINDROME DE DISFUNCION

CEREBRAL MINIMA

ASPECTOS GENERALES:

Si hubiese podido titular el presente trabajo en forma - menos académica lo podría haber denominado "EL COMPLICADO Y-MISTERIOSO CASO DE UN GRUPO DE NIÑOS PROBLEMA EN SU LARGA JORNADA", pero ante la absoluta seguridad de que no sería aceptado, decidí no hacerlo, sin embargo considero que el pretendido título ilustra lo que de alguna manera ocurre con los menores que presentan disfunción cerebral mínima (DCM), y las dificultades que se presentan en el proceso de diagnóstico y --tratamiento.

Siendo la DCM uno de los cuadros de psicopatología infantil que limita en mayor medida el desarrollo del niño, por la influencia nociva que los problemas de aprendizaje y conducta tienen en su desarrollo aún psicólogos, pediatras, neurólogos y psiquiatras, no tenemos un término común que nos sirva-para denominar ese "conjunto de síntomas presentes en la in--fancia que se caracteriza por hiperactividad, distractibilidad, períodos de atención cortos, que llevan al niño a presentar problemas de aprendizaje y conducta" y del cual tenemos -índices diferentes en cuanto a su incidencia en la población-infantil. Es así que algunos autores como Barriga (1983) y -Chávez Olvera (1976) nos hablan de que en México se dá en el-8.1% de los niños en edad escolar; otros como Castaño (1972),

mencionan un 22%. Lo que es evidente es la proporción de 4 a 1 en frecuencia de aparición entre niños y niñas respectivamente, es decir, Ésta incidencia sugiere que probablemente el síndrome sea un trastorno genético ligado al sexo, el cual en general se diagnostica entre los 5 y 12 años de edad. (29)

Pero hagamos un poco de historia para explicarnos la dificultad en el estudio del cuadro que hoy nos ocupa.

1922 Hofman describe una serie de cambios en niños que habían sufrido encefalitis y los llamó "desordenes conductuales post-encefalíticos" reportando que después de la recuperación de la fase aguda de la enfermedad - algunos niños sufrieron" profundos cambios de carácter y conducta volviéndose irritables, inquietos y caprichosos". (48)

1934 Hahn y Cohen describen el síndrome denominándolo "orgánico cerebral" y postulan que ciertas características anormales de la conducta tienen origen orgánico, entre ellas menciona la hiperquinesia, la coordinación motriz disminuída, y la ausencia de una inhibición adecuada - de ciertas características de la conducta. (48)

1940 Strauss y Werner intentaban comprender cómo perciben, entienden y sienten su mundo, los niños con anormalidades de conducta y aprendizaje.

1947 Strauss y Lehtinen usan ya el término de "daño cerebral mínimo" en el diagnóstico y tratamiento de niños-

que mostraban anormalidades en la conducta, en el aprendizaje y en las funciones neurológicas y psicológicas. Estos autores realizan la descripción del cuadro al -- cual los Dres. Pasamanik y Knobloc denominan "Disfun-- ción cerebral mínima". Strauss y Lehtinen consideran que existe un síndrome conductual, un conjunto de sín-- tomas y signos de la esfera psíquica, intelectual y -- afectiva que dificultan el aprendizaje y la adaptación del niño al medio social. (41)

1966 Clements define la DCM como un estado que se presenta en niños con inteligencia normal promedio, con alteraciones de conducta y/o aprendizaje que van de modera-- das a severas y que están asociadas con desviaciones - en las funciones del Sistema Nervioso Central. Estas desviaciones se manifiestan por una serie combinada de alteraciones en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención, control de impulsos y altera-- ciones motoras. Estas anomalías pueden originarse por alteraciones genéticas, bioquímicas y/o daños o enfer-- medades durante los primeros años de vida, los que son críticos para el desarrollo y maduración del Sistema - Nervioso Central. (9)

No tendría por que utilizar el término "complicado" en el título mencionado en un principio, si en la actualidad no existieran en la bibliografía profesional diferentes denomina-- ciones para clasificar el mismo cuadro nosológico. Entre las

más frecuentes encontramos Niño con daño cerebral, niño hiperquinético, niño con problemas de aprendizaje, niño con desórdenes cognoscitivos.

El punto de acuerdo entre los investigadores en este campo es que se necesita todavía mucho estudio e investigación para poder entender y definir al grupo tan variado de niños incluidos en estas definiciones.

Por otro lado Masland considera que el término de "mínima" se emplea para diferenciar un cuadro clínico del que produce un daño importante o grosero, y que se refiere a la existencia de signos neurológicos evidentes y agrega: "se llega a la definición de daño cerebral mínimo refiriéndose a condiciones en las cuales los signos neurológicos son equivocados o están ausentes, y no existiendo una lesión evidente se piensa que lo que existe es una alteración más funcional que anatómica. (29)

En la actualidad, dada la carencia de una terminología adecuada y específica en cuanto a las funciones mentales, la diferenciación diagnóstica entre daño cerebral y disfunción cerebral mínima es difícil de alcanzar. Tal dificultad aún es discutida sin llegar a un acuerdo para diferenciar ambos cuadros.

En este sentido Rebollo M.A. postula que la enfermedad orgánica es aquella debida a un agente extraño del organismo que provoca una lesión destructiva objetivable, que se manifiesta por síntomas y representa una lesión cualitativa de

las funciones normales y que es total o parcialmente irreversible. El daño orgánico se basa en un criterio anatómo-patológico, clínico y evolutivo, y considera que la DCM se refiere a condiciones en las cuales los signos neurológicos están ausentes o están equívocos, al no aparecer una lesión evidente se piensa en una alteración más funcional que anatómica. (33)

Siguiendo esta línea Wender plantea que el término DCM es aplicado únicamente a ciertos trastornos de conducta y aprendizaje presentes en la infancia y considera a la DCM como un problema de funcionamiento cerebral en la cual no se encuentra una lesión, anatómica localizable. (46)

Es así que en el campo de la psicopatología infantil - hay autores como Ajuriaguerra (1979), Laufer (1957), Cruickshank (1971), que consideran al niño con problemas de aprendizaje y conducta como un problema de daño cerebral; y otros como Claudette (1969), Rebollo (1972), el grupo uruguayo y argentino representado por Susana Carduz (1972) que lo plantean como un problema de funcionamiento cerebral en el cual no se encuentra una lesión anatómica localizable.

Para terminar este apartado reconsideremos que el término de disfunción cerebral mínima sólo es usado en trastornos de conducta y aprendizaje presentes en la infancia, ya que se ha observado que en la adolescencia, éstos desaparecen, a esta entidad clínica, también se le conoce como síndrome hiperquinético en virtud que la presencia de hiperactividad general en el niño es el síntoma más relevante del cual deriva-

la distractibilidad, la inestabilidad emocional y la impulsividad, encontrándose también trastornos perceptivos, los cuales al asociarse a la hiperactividad dificultan notablemente el aprendizaje escolar.

A través de esta reseña, podemos observar mayor influencia de un enfoque médico en la conceptualización que los -- primeros teóricos se plantearon acerca del síndrome que hoy -- nos ocupa, debiendo pasar 18 años desde que Hofman lo consideró así, para que teorías como estas se plantearan la problemática del niño con un cuadro orgánico pero dando igual impor--tancia a aquellos aspectos emocionales que el niño presentara como consecuencia de la disfunción cerebral.

En la actualidad aún con la discrepancia en cuanto a -- la nomenclatura entre "daño Orgánico" y "Disfunción Cerebral-Mínima", los teóricos que investigan éste cuadro están acordes en lo que se refiere a las necesidades del niño denominado en cualquiera de esas formas, y es así que la importancia tanto del aspecto orgánico como del psicológico son consideradas -- por la mayoría de los investigadores tanto para el proceso de diagnóstico como el de tratamiento.

ETIOLOGIA:

Algunos teóricos como Golden y Anderson han planteado que todos los cambios que se realizan durante la gestación -- son procesos similares y comunes en todos los seres humanos, -- y que éstos solo sufrirán alteraciones cuando un agente lesio

nante entorpezca o altere el desarrollo y crecimiento. El -- Sistema Nervioso aparece hacia la tercera semana de vida in-- trauterina. En esta etapa del desarrollo y durante toda la -- gestación el feto puede sufrir una lesión que influya defini-- tivamente en su vida.

Es así que la DCM puede producirse a partir de acontecimientos a los que anteriormente se les prestaba poca aten-- ción y que ocurren en diferentes momentos desde la gestación-- hasta varios años después del nacimiento.

D. Renshaw considera que aún no han podido determinarse las alteraciones anatómicas o fisiológicas probablemente -- responsables, sin embargo, podemos ubicar a los posibles agen-- tes causantes según el momento del desarrollo en que ocurran.

(34)

1. FACTORES PRENATALES: Son aquellos que afectan al -- producto mientras permanece en el útero. Velazco ha plantea-- do que de un 10 a 15 por ciento de los casos de DCM se deben a la influencia de factores patógenos que se presentan duran-- te el proceso gestativo (44) y entre los que encontramos:

- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubeola.
- Anoxia del producto in útero, la cual puede deberse a anémia grave de la madre, así como hipotensión severa.
- Hemorragia cerebral en el producto.
- Exposición excesiva a los Rayos X.
- Factor RH.

2. FACTORES PERINATALES: Son aquellos factores que ocurren durante el parto, y que se consideran causantes de entre el 70 y 80% de los casos. Entre los que encontramos:

- Anoxia neonatorum, la cual Velazco plantea que puede deberse a: obstrucción mecánica respiratoria, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, -placenta previa e hipotensión pronunciada.
- Sufrimiento fetal debido a: aplicación deficiente de forceps, maniobra de extracción, parto prolongado, --etc.

3. FACTORES POSTNATALES: Son aquellos que afectan al niño después del nacimiento, principalmente los primeros meses de vida, encontrándose con mayor frecuencia los siguientes:

- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida tales como el sarampión, las neumonías, la --encefalitis y la meningitis.
- Traumatismos craneanos.
- Secuelas debidas a incompatibilidad del factor RH
- Anoxias accidentales pasajeras.

Ahora bien, para tener seguridad del origen de la DCM- se requiere un control del desarrollo fetal, de las condiciones de la madre durante el embarazo, de la situación exacta -bajo la cual se llevó a cabo el parto y del desarrollo del niño, siendo en la mayoría de los casos difícil de recabar dicha información.

SINTOMATOLOGIA:

La DCM es un síndrome conductual que se manifestará en diferentes esferas: motora, perceptiva y afectiva. Es así que en general el cuadro clínico reúne tres puntos básicos en los que descansa el diagnóstico de DCM: a) La conducta hiperquinética, b) Los problemas de aprendizaje y c) Los trastornos emocionales secundarios o agregados.

La presencia de hiperactividad general en el niño es el síntoma más relevante del cual deriva la distractibilidad, la inestabilidad emocional y la impulsividad, encontrándose también trastornos perceptivos los cuales al asociarse a la hiperactividad, dificultan notablemente el aprendizaje escolar.

Cruickshank (10) divide a la hiperactividad en dos: hiperactividad sensorial e hiperactividad motriz. Considera que la primera hace que el niño reaccione ante estímulos no esenciales, y la segunda, también conocida por desinhibición motora, se le define como la incapacidad del niño para evitar una reacción a los estímulos que provocan respuestas de movimiento.

Por otro lado también se encontrará en el niño con DCM la distractibilidad, ante la que Laufer plantea que la atención provoca la capacidad de concentración y en el niño con DCM el lapso de la primera es sumamente corto e impide una adecuada atención y percepción del mundo externo. (24)

Se considera que la distractibilidad trae consecuentemente problemas de aprendizaje escolar, sin embargo, debemos considerar igualmente la existencia de verdaderos desórdenes en el-

proceso cognoscitivo especialmente en el área visomotora; al respecto las doctoras Montero y Lluch de Pintos (1972) consideran que en el área pedagógica los trastornos perceptuales - motores se manifestarán en forma de: disgrafía y substituciones de letras, sílabas y palabras; rotación e inversión de -- signos numéricos y visuales. (27)

Strauss y Kephart llaman "desinhibición" a la impulsibilidad a la cual consideran íntimamente ligada a la tendencia a distraerse; postulan que el niño reacciona impulsivamente con incapacidad para inhibir sus respuestas siendo así que éste - es incapaz de filtrar los estímulos extraños respondiendo a - todos ellos, lo cual es atribuible a la gran dificultad que - tiene para darse cuenta de la estructura de las cosas, para - integrar las partes de un todo, advertir los estímulos en forma aislada y poder retener el concepto de forma, en el cual - algunos aspectos tiene significación y otros no.

En nuestro país Velazco Fernández agrupa los síntomas de la DCM en un cuadro descriptivo que ha sido adoptado por el - Instituto Nacional de Psiquiatría en su Guía de Diagnóstico. (44)

La sintomatología con sus respectivas subdivisiones, las resume de la siguiente manera:

1. HIPERQUINESIA

- a) Destruktividad
- b) Hiperactividad verbal

- c) Trastornos del sueño
 - d) Agresividad
2. INATENCION:
- a) Hiperactividad sensorial
 - b) Distracción
3. IRRITABILIDAD
- a) Conducta impredecible
 - b) Baja tolerancia a la frustración.
4. IMPULSIVIDAD..
- a) Conducta "antisocial"
 - b) Enuresis, encopresis
 - c) Temeridad
5. INCOORDINACION MUSCULAR (DISPRAXIA):
- a) Torpeza corporal
 - b) Disgrafía
 - c) Ineptitud deportiva
 - d) Disartrias, dislalias
6. DISFORIA:
- a) Anhedonia
 - b) Ansiedad (¿Depresión?)
 - c) Deficiente autoestima
- } Signos no específicos de la DCM.
7. DESOBEDIENCIA PATOLOGICA:
- a) Incomprensión de órdenes
 - b) Repetición de la falta
 - c) Incomprensión del castigo
8. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE
- a) Problemas visomotores, dislexia

- b) Disociación
- c) Inversión del campo visual
- d) Perseveración
- e) Memoria deficiente
- f) Pobreza de imagen corporal.

DIAGNOSTICO

Establecer el diagnóstico de DCM no es tarea fácil, de aquí que tanto su diagnóstico, de evaluación como tratamiento del síndrome disfuncional es necesariamente interdisciplinario y comprende los aspectos médico, psicológico y pedagógico, ya que nos enfrentamos a un síndrome conductual con manifestaciones en diferentes esferas del desarrollo como son la motora, perceptiva y afectiva. Igual importancia reviste la necesidad de diagnosticar la DCM en edades tempranas para impedir actos que agraven o compliquen el daño con sintomatología de tipo emocional.

Rugia (1972) planteó las siguientes normas diagnósticas por orden de importancia: a) cuadro clínico de disfunción cerebral, b) antecedentes de ajuste desde los primeros meses (datos obtenidos por la historia del desarrollo del menor), c) pruebas psicológicas características de DCM, d) examen neurológico y e) estudio electroencefalográfico. (37)

Personalmente considero que en la evaluación del niño con DCM cada dato presenta importancia y será o no significativo al complementarse con los demás, obtenidos por cuatro elementos fundamentales como son: La historia clínica, la evalua--

ción psicológica, el examen neurológico y el estudio electroencefalográfico.

A continuación se mencionan los datos que debemos obtener en el proceso de diagnóstico de cada caso en estudio:

- 1) HISTORIA FAMILIAR: Deberá cubrir la situación económica, escolar y laboral de los padres y hermanos, así como los antecedentes familiares patológicos y no patológicos.
- 2) HISTORIA MEDICA DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO: Investigar la presencia de enfermedades de la madre, medicaciones, hemorragias, desnutrición, anemia, hipertensión, toxemia, movimientos fetales, embarazo a término o parto prematuro, otros embarazos.
- 3) HISTORIA DEL PARTO: Duración, descartar o comprobar la presencia de operación cesárea, utilización de forceps, exceso de sangrado, inducción del parto, sufrimiento fetal, posición, estado del niño (APGAR a los 1-5 minutos).
- 4) HISTORIA NEONATAL: Explora las condiciones de amamantamiento, llanto, estado general, peso y talla, permanencia ó nõ en incubadora.
- 5) HISTORIA DEL DESARROLLO: Explorar desarrollo sensitivo - motor, del lenguaje, físico, social interaccional. En este punto es importante señalar lo que Velazco -- Fernández ha postulado y considera que la marcada hiperquinesia desde muy temprana edad se encuentra en -

9) EXAMEN PSICOLOGICO CLINICO: En lo que respecta a la evaluación psicológica ésta se considera de particular importancia para ayudar a valorar las deficiencias particulares del niño y los aspectos en los que presenta trastorno, siendo dicho examen un elemento de gran utilidad para elaborar un plan de tratamiento más satisfactorio. En general, la evaluación psicológica además de los datos clínicos que aporta, debe proporcionar los datos de las capacidades intelectuales del paciente, así como del desarrollo y estado de la coordinación visomotora.

Dada la importancia de la evaluación psicológica en el diagnóstico del niño con DCM nos detendremos en este punto.

Golden y Anderson consideran que no existe ningún plan diagnóstico ó técnica de rehabilitación o conjunto de técnicas que sea apropiado para todos los niños, por lo que nuestro interés debe centrarse en el niño individual, antes que en un grupo de ellos, considerando igualmente que si la DCM diagnóstica con acierto y es oportunamente tratada ofrece amplias posibilidades de rehabilitación. (19)

Es a partir de este punto que Golden y Anderson consideran que los test psicológicos son particularmente útiles para diagnosticar lesiones cerebrales limitadas que no se manifiestan en deficiencias motrices o sensoriales acentuadas y consideran que estos instrumentos ofrecen la imagen más clara posi

la historia clínica de niños con DCM. (44)

- 6) SINTOMATOLOGIA ACTUAL: A este respecto se encontrarán la mayor parte de los siguientes signos: hiperexcitabilidad, inquietud e hiperquinesia, impulsividad y trastornos visomotores, presentándose la hiperquinesia en forma indiscriminada tanto en el hogar como en el medio escolar. Por su parte Velazco Fernández considera que datos como la mala orientación en tiempo y espacio, la afectividad inestable con humor cambiante, y la presencia de disartría coadyuvan al diagnóstico. (44)
- 7) EXAMEN NEUROLOGICO: Es de particular importancia para determinar los llamados "signos neurológicos suaves" - indicativos de DCM encontrándose dentro de éstos: la dificultad para caminar de punta y talón a lo largo de una línea recta, disimetría o dificultad en la prueba - dedo-naríz, dificultad en la actividad motora fina (abotonarse, amarrarse la cinta de los zapatos, vestirse, desvestirse), incoordinación en la marcha, etc.
- 8) ESTUDIO ELECTROENCEFALOGRAFICO: A este respecto se ha planteado que un EEG anormal en ausencia de conducta hiperquinética se considera de poca importancia, contrariamente, en niños que presentan datos clínicos de que factores orgánicos influyan en su comportamiento puede ser reportado en EEG sin alteraciones. Sin embargo este tipo de estudio se considera útil en la valoración integral del niño con DCM porque nos puede revelar descargas focales indicadoras de masas o tumores subdurales.

... a ser...
... las...
... los...
... en...
... trata...
... naci...
... porta...
... les in...
... o y...

... psicológica...
... entendremos e...

... y...
... técnico... conjunto...
... apropiado para... por lo que...
... centrarse... antes...
... ellos, conf... que si le...
... ca con acierto... tratada...
... habilidades de...

... de esta... person cons...
... psicología... útiles para...
... no se mani...
... cuadas y com...
... más clara par...

ble del niño, tanto para fines de diagnóstico, como para el diseño de un programa de rehabilitación. Dentro de estos instrumentos psicológicos ubicamos la escala Wechsler de inteligencia y los test para detectar trastornos en la función visomotora como son el Bender y el test de Benton.

En la evaluación Neuropsicológica de niños y adultos, el enfoque más comunmente empleado ha sido el método de nivel de rendimiento; sin embargo también se utiliza el método de signos patognomónicos, mismos que a continuación se describen:

- a) El método de Rendimiento sostiene que los niños y adultos, que padecen lesión cerebral han de responder en general a los test, sobre cuyo resultado puede influir la lesión en forma más pobre que como responden los sujetos normales. En el trabajo clínico se procura establecer una línea divisoria entre los puntajes del test. Si un individuo obtiene un puntaje que supera el límite establecido se considera normal, si el puntaje en cambio cae por debajo de ese límite se le clasifica como paciente con probable lesión cerebral.
- b) El Método de Signos Patognomónicos; este enfoque recurre a signos específicos que rara vez se advierten en poblaciones normales y sí en cambio en las que presentan lesión cerebral y que constituyen indicadores de ésta. Se considera que este enfoque tiene limitación en el sentido de que algunos sujetos que tienen lesión no presentan signo patognomónico alguno, pero la ---

existencia de esos signos sugiere con gran probabilidad la existencia de lesión, y en el diagnóstico individual se les toma muy en cuenta. (19)

Por otro lado, la evaluación neuropsicológica tiene como propósito evaluar las aptitudes que reflejan las funciones básicas del cerebro. Los campos a evaluar incluyen las funciones motrices y las de los lóbulos frontales principalmente -- (planificar, evaluar, flexibilidad). En esta valoración es importante determinar si hay evidencias de hiperactividad y otras alteraciones de movimiento, por lo que es importante -- que el examen sea lo más completo posible, especialmente en los aspectos problemáticos que el menor presente.

A continuación se exponen dos de los principales instrumentos tanto por su utilidad como por su frecuencia de uso, -- que nos auxilian en la evaluación anteriormente mencionada:

- a) El Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: Se considera uno de los indicadores de nivel de rendimiento -- más ampliamente empleados con los niños que presentan disfunción cerebral. Autores como Warner y Muray, -- Mac Connell, Staurianos, citados por Golden y Anderson, han establecido que el niño con lesión cerebral e incapacitado para el aprendizaje tiene desempeño pobre.
- (5)

Ahora bien, este instrumento con este enfoque ha sido desarrollado por E. Koppitz en lo que podríamos considerar la -- evaluación cuantitativa del instrumento, sin embargo también--

se emplea con frecuencia el enfoque de los signos, que podríamos considerar la evaluación cualitativa.

Bender ha planteado que en el test giestáltico que lleva su nombre, aparecen distorciones que sugieren con mayor fuerza la presencia de disfunción cerebral mencionando la dificultad para reproducir ángulos, siendo muy agudos o muy obtusos— así como la incapacidad para reproducir giestalten, es decir— la incapacidad para organizar las partes advertidas y formar— un todo, y la tendencia a percibir las como fragmentos separados. (5)

b) Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC). -

Este es un instrumento de gran utilidad para la evaluación del niño con problemas de aprendizaje. Constituye un útil indicador de C.I. de sujetos de 6 a 15 años de edad y además nos permite formular una estimación general de la inteligencia y examinar en términos generales el nivel intelectual del niño.

Está constituido por 12 subtest cada uno de los cuales mide diferentes aptitudes verbales y no verbales; es un material de gran valor, siendo así que los resultados de éstos — comparados entre sí, pueden darnos una aproximación de si es o no probable la existencia de disfunción cerebral, interpretándose las discrepancias entre la parte verbal y ejecutiva, así como la discrepancia intertest.

A este respecto Reitan y Boll (citados por Golden) han planteado que este test es muy sensible a la lesión cerebral—

en niños.

Cardus y Ahercambie han encontrado discrepancia significativa entre los valores de la escala verbal y la ejecutiva, apareciendo más bajos los resultados de esta última. En este sentido Reed, Flewelling y Rourke, (citados por Golden han indicado que diferencias marcadas entre C.I. verbal y C.I. de ejecución pueden indicarnos una posible disfunción cerebral. (19)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial en niños cuyos trastornos son causados principalmente por sus experiencias y aquellos en que se encuentran factores orgánicos en su padecimiento, no sólo tiene interés académico, sino terapéutico, ya que las necesidades en los dos casos son completamente diferentes, siendo así importante la diferenciación de la DCM de los siguientes cuadros.

- 1) Hiperactividad normal. Aparece entre los dos y cinco años de edad; indica un desarrollo y crecimiento normales a medida que madura el sistema nervioso y que se observa con movimientos constantes de brazos y piernas y frecuentes respuestas perceptuales y táctiles - al relacionarse el niño con el medio ambiente.
- 2) Cuadros Psiconeuróticos. En éstos se presenta una elevada ansiedad, inquietud, impulsividad motora, misma que impide al niño trabajar en la escuela, así como la presencia de ideas fijas que le impiden mantener su atención. Ahora bien, uno de los métodos para

diferenciar este cuadro de una DCM es la exploración por medio de la historia clínica y la aplicación de instrumentos psicológicos; los resultados de éstos nos reportarán trastornos visomotores en el niño con DCM, cosa que estará ausente en el niño con sintomatología neurótica.

- 3) Cuadros de inmadurez. Velazco Fernández plantea que los cuadros que más similitud presentan con el del niño con DCM, si se tiene en cuenta los datos del comportamiento, son los que corresponden a la llamada inmadurez. Este término fue introducido en la psicopatología y en la psicopedagogía no para referirse a una entidad específica, sino a un síndrome cuya total comprensión se dificulta a medida que se agregan ciertos calificativos como son: inmadurez emocional visomotora, psicomotriz, social, afectiva, etc. Sin embargo, esta "inmadurez" se caracteriza, de manera general, por algunos trastornos de la psicomotricidad y en la conducta afectiva.

Dentro de las expresiones de inmadurez psicomotriz encontramos: bajo rendimiento en tareas como el coloreado de dibujos y el recorte de figuras, incapacidad manifiesta para terminar los trabajos individuales -- que se le asignan al menor y conductas motrices correspondientes a una edad cronológicamente inferior. Dentro de las expresiones de inmadurez afectivo-conduc--

tual observamos: fracaso en el niño en su intento de ganar seguridad en las relaciones con las figuras más cercanas, llanto fácil y recurrente, así como conducta demandante. (44)

A este respecto las pruebas psicológicas son de gran utilidad para diferenciar los cuadros de inmadurez de la DCM, siendo así que en el niño con inmadurez se observará un rendimiento en general bajo en el resultado de sus pruebas, no así en el niño con DCM, en el cual observaremos un rendimiento de promedio a alto pero con una marcada discrepancia en las funciones intelectuales y visomotoras

- 4) Reacción agresiva antisocial. Es uno de los cuadros que se puede confundir con algunas manifestaciones conductuales de la DCM, sin embargo, a través de la evaluación se detectará que la hiperactividad, agresión y destructividad del niño antisocial tienen un propósito definido, siendo así que el niño con estas características no presentará falta de atención, además de que no se detectarán en su conducta componentes neurológicos que indiquen patología.

Para finalizar este apartado mencionaré algunas enfermedades con causa orgánica definida que pueden presentar sintomatología hiperactiva, como son algunas enfermedades larvarias de Epilepsia, los síndromes orgánico cerebral postraumático, orgánico encefálico y tóxico orgánico.

UBICACION DE LA DCM EN EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRATAMIENTOS MENTALES DSM III.

El DSM plantea que los síntomas que caracterizan a este trastorno son la impulsividad y la falta de atención, se denomina TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION -- CON HIPERACTIVIDAD codificándose como 314.01

Considera la presencia de signos como falta de atención impulsividad o hiperactividad, fracaso en la atención y en la realización de las demandas e instrucciones paternas. La conducta motora que distingue a este trastorno de la sobreactividad ordinaria, es que en la hiperactividad tiende a presentarse en forma casual, pobremente organizada y sin objetivo delimitado.

La sintomatología incluye negativismo, aumento de la habilidad emocional, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima.

Igualmente contempla la probable aparición de signos neurológicos "menores" no localizados y disfunciones perceptivo-motoras. (2)

TRATAMIENTO. Al igual que el proceso de diagnóstico, el tratamiento del niño con DCM requiere la intervención de un equipo interdisciplinario que trate de solucionar las deficiencias académicas, conductuales y emocionales del menor, considerando para esto al niño, a su familia y al medio escolar.

Boder y Foncerrada, consideran que el tratamiento debe ser dirigido a corregir tres aspectos básico: la-

conducta hiperquinética, los problemas de aprendizaje y la recuperación emocional del niño. (7)

- A) Control de la conducta hiperquinética: En lo que respecta al manejo de la hiperquinesia se recurre a la manipulación en el hogar y al tratamiento farmacológico principalmente. Este último se considera indispensable en casos de marcada hiperquinesia, ya que al disminuir la misma, la acción de la educación especial en el área de aprendizaje suele ser más eficaz mejorando de manera importante el rendimiento escolar del niño.

Ahora bien, recordando que la medicación disminuye un aspecto de la problemática del niño con DCM, pero no la soluciona, presentaré un cuadro que Velazco Fernández plantea en el tratamiento farmacológico de niños con DCM. (44)

1. Medicamentos de eficacia comprobada:
 - a) Anfetaminas: benzedrina, dexedrina.
 - b) Metilfenidato: ritalin
2. Medicamentos potencialmente valiosos:
 - a) Haloperidol: haldol
 - b) Propericiazina: neuleptil
 - c) Dipropilacetato de magnesio: atemperator
 - d) Carbonato de litio
3. Medicamentos coadyuvantes (de resultados variables):
 - A) Anticonvulsivos
 - a) Difinilhidantonia: epamin

- b) Carbamazepina: tegretol
 - c) Primidona: mysoline
- B) Tranquilizantes menores:
- a) Difenilhidramina: benadryl , vistaril
 - b) Maleato de parabromodilamina: dimetane
 - c) Deprobamato: ecuanil, nitown
 - d) Clorodiazepóxido: librium
 - e) Diacepan: valium
- C) Tranquilizantes mayores:
- a) Todos excepto los alcaloides de la Rawolfa.
 - b) Antidepresivos: imipraminas

Por otro lado la manipulación en el hogar tendrá como objetivo proporcionar al niño un ambiente más consistente y estimulante, a la vez que proporcionará normas y reglas racionales y adecuadas al cuadro y que favorezcan la organización de la conducta y una mayor cooperación y ajuste en el hogar .

- B) Problemas de aprendizaje: Si hemos de considerar que la mayoría de los niños con DCM nos llegan a consulta por problemas de aprendizaje por lo que la educación adaptada a las necesidades específicas de cada caso será lo indicado. Ahora bien, dentro del medio escolar se requiere que el menor reciba estimulación motora y maduración, tratamiento de anomalías subyacentes al aprendizaje y tratamiento de dificultades específicas del aprendizaje. Por lo anterior el menor deberá re-

cibir educación especial en esta área.

- c) Recuperación emocional del niño: El tratamiento psicológico pretende corregir conducta alterada y básicamente disminuir los trastornos emocionales en el niño y en los que presente el grupo parental, siendo la participación de los padres fundamental en el tratamiento, ya que son ellos quienes mantienen contactos más prolongados y aplican consecuencias de mayor importancia para el niño.

A este respecto, Telma Reca y Cols. mencionan que el núcleo familiar intensifica, facilita o favorece los trastornos de conducta y/o alteraciones de la personalidad, por lo que es importante detectar la existencia del DCM en sus primeras manifestaciones lo que permite actuar preventiva o terapéuticamente según el caso. (42)

Por otro lado, dentro de las técnicas de tratamiento psicológico encontramos técnicas de relajamiento, de modificación de conducta y de orientación psicodinámica. Las técnicas de relajamiento han sido efectivas para disminuir inatención y ansiedad. Las técnicas de modificación conductual mejoran el control de conductas agresivas principalmente y algunas manifestaciones de hiperactividad. En lo que respecta a la terapia de orientación psicoanalítica ésta ayuda a elevar la autoestima en el menor sin modificar conductas o rendimiento escolar directamente pero con un gran avance en los aspectos emocionales del niño con DCM.

Considerando a la familia como un sistema interdependiente entre los subsistemas parental y fraternal la terapéutica al menor con DCM considera al sistema familiar en su conjunto -- siendo así que la intervención en la familia contempla lo siguiente: orientación a padres, en algunos caso reubicación familiar o institucional del menor y, algo que se considera de gran importancia: la canalización a los padres del menor a psicoterapia grupal, cuyos grupos se constituyen por padres de menores con DCM.

PRONOSTICO

Weiss (1978) al hablar del pronóstico del niño con DCM, -- indica que al inicio de la adolescencia desaparece o disminuye la conducta hiperactiva, persistiendo el bajo rendimiento escolar, la baja autoestima y la depresión. (45)

Otros autores como Laufer suponen una mejoría entre los 12 y 18 años; otro grupo como Menken y Soloman (citados por Noguez Corona) considera la tendencia de los menores con DCM a cursar con acciones psicopáticas y criminales.

Sin embargo, en forma más completa Velazco plantea que es importante considerar ciertos índices para hacer una posible predicción del curso de la DCM en cada caso. Tales índices son: la existencia de alteraciones mentales en la madre, tensiones emocionales prolongadas del niño, aprovechamiento escolar deficiente, respuesta inadecuada a los fármacos, nivel de inteligencia bajo y de gran importancia, el grado de

colaboración familiar. Dicho autor indica que:

- a) Niños con sintomatología franca que exhiben conducta antisocial tienen mal pronóstico.
- b) Con síntomas ligeros de disfunción es más probable que desarrollen problemas caracterológicos importantes.
- c) La hiperactividad es el síntoma que evoluciona más favorablemente, situación que no ocurre con los problemas de aprendizaje.

III. CONSIDERACIONES TEORICAS SOBRE LA AGRESION

ASPECTOS GENERALES:

La agresión como fenómeno psicológico tiene diferentes enfoques y aproximaciones teóricas, sin embargo recordando que el presente estudio tiene una orientación dinámica, citaré a Fenichel cuando plantea que "la energía que se encuentra detrás de un fenómeno mental es desplazable, es decir susceptible de ser trasladada de un objeto a otro". (19)

El concepto de Fenichel es necesario considerarse cuando se habla de dirección y tipo de agresión.

Por otro lado, en 1934 Dollard y Miller formularon una hipótesis sobre la frustración-agresión, al considerar que la agresión en cualquiera de sus manifestaciones es siempre consecuencia de la frustración.

En sus primeros escritos Freud sostuvo que la agresión era la primera y más importante reacción a la frustración, ocurriendo ésta siempre que se bloqueaba el propósito fundamental del aparato humano. Este propósito es la búsqueda del placer visto como una descarga de tensión o la evasión del dolor. (18)

La teoría de la agresión de Freud sufrió varias modificaciones hasta llegar al planteamiento final de que la agresión es una modificación del instinto de muerte.

Uno de los principales planteamientos de la teoría psicoanalítica gira en torno a la existencia de un aparato mental perfectamente estructurado y dinámico, movido por una energía psíquica proveniente de los instintos. Estos instintos estaban inicialmente divididos en dos grupos: Instintos sexuales e instintos del Yo, convirtiéndose posteriormente en instintos de vida e instintos de muerte (Eros y Thanatos).

Es importante mencionar que, si bien la corriente psicoanalítica es descrita como la psicología del instinto, fue Freud quien destruyó el concepto de los instintos humanos considerados como respuestas automáticas a estímulos específicos y los substituyó por el concepto de una energía relativamente indiferenciada capaz de una gran variedad de respuestas a través de la experiencia.

Por otro lado la teoría de Freud del instinto de muerte dividió a los psicoanalistas en tres grupos: uno aceptó totalmente sus ideas, otro sólo aceptó que la agresión es un instinto de igual importancia que la libido y un tercer grupo consideró la agresión como reacción no instintiva, no obstante en su totalidad las teorías psicoanalíticas y neopsicoanalíticas dan importancia al período crítico de la temprana niñez en el desarrollo de las tendencias agresivas permanentes.

Por otro lado Hartman, Kris y Lowenstein plantean que el impacto de la agresión puede ser modificada por cuatro procesos :

- a) El impulso destructivo puede ser desplazado del "objeto" original a objetos menos amenazantes.
- b) Las finalidades de la agresión pueden verse limitadas por una reducción de la intensidad del acto frustrante.
- c) La agresión puede ser sublimada y encausada por canales socialmente aceptables.
- d) Puede haber una fusión de la agresión con la libido - como es el caso de la diada sado-masoquista.

Estos autores refieren que la energía agresiva sólo tiene dos caminos:

- a) La descarga
- b) La internalización, que a su vez puede seguir tres pasos.

-Puede ser neutralizada por el Yo dejando intacta la integridad del individuo.

-Puede ser utilizada por el superyo para atacar al yo por medio de los sentimientos de culpa.

-Puede convertirse en una fuente de impulso auto destructivo. (21)

Segal acorde con el planteamiento de que la agresión es un impulso innato diferente al instinto de muerte, piensa que a medida que el sujeto encuentra experiencias más placenteras su Yo libidinal será reforzado y, por el contrario, si sólo obtiene desplacer y frustración se incrementará entonces su impulso agresivo, ya que su Yo será frágil, por lo que ten--

drá un bajo umbral de la tolerancia a la frustración.

Dado que lo anterior nos lleva a considerar el concepto de frustración nos detendremos brevemente en este concepto.

En su libro "Frustration and Agression" Dollard y Miller, - además del planteamiento anterior, mencionan que las fuerzas - de la conducta agresiva dependen principalmente del grado de - frustración.

Symons plantea algunas formas de frustración para el niño tales como:

- a) Rivalidad dentro de la familia. Ante el nacimiento de un hermano la atención que la madre presta a éste será vivida como pérdida de atención por los hijos mayores.
- b) Pérdida de afecto y soporte. Se da ante condiciones -- que implican abandono materno como: enfermedad, muerte o divorcio.
- c) Condiciones escolares. El medio escolar le impone al niño condiciones disciplinarias y demanda su cumpli--- miento; debiendo éste obedecer y adaptarse a un régi-- men para permanecer en la escuela y ser aceptado en el grupo.

Dicho autor considera que además de estas condiciones el niño es frustrado por sus fracasos escolares, por su rendimiento comparado con el de los alumnos superiores y por la valoración que dan figuras paternas a dicho rendimiento.

Lawson R. Marx. Considera que se da frustración cuando -

entre la persona y su meta se interpone un obstáculo sea real o imaginario; y que la reacción de una agresión creciente es efecto de la frustración.

A este respecto Ketch, Crutchfield y Klineberg postulan que la frustración, aunque no necesariamente, con frecuencia -- conduce a la agresión, y la agresión con frecuencia es resultado de la frustración.

Rosenzweig planteó que existe frustración cuando un organismo encuentra un obstáculo en la satisfacción de una necesidad vital cualquiera. (36)

Freud se refirió a la frustración como un bloqueo de fuerza libidinales. (18)

Como podemos concluir de acuerdo a la revisión anterior, los aspectos de frustración y agresión son separables para fines teóricos y de aprendizaje ya que cuando un organismo experimenta frustración, ésta generará una respuesta agresiva; sin embargo la agresión puede ser susceptible de desplazarse y de manifestarse en una gran variedad de respuestas, las cuales dependerán tanto de la intensidad de frustración, como de las experiencias del sujeto.

Por otro lado se considera que todos los seres humanos experimentamos frustraciones a lo largo de nuestra vida. En la etapa infantil estas son necesarias para un adecuado desarrollo ya que el niño debe aprender a esperar y a soportar -- oposiciones y negativas para poder aprender a experimentar -- gratificaciones más duraderas. Sin embargo para que se dé un

desarrollo normal, la frustración debe ser moderada ya que su exceso limitará el desarrollo del yo. Es así que si la exposición a la frustración es constante, o es una frustración excesiva, se observarán trastornos emocionales.

CONDUCTA AGRESIVA EN EL NIÑO

Bender ha considerado que el niño espera protección del adulto contra la hostilidad del medio, además de amor y sustento. Indica que la agresividad en el niño contribuye al progresivo dominio del cuerpo y de los objetos, junto con el placer de destruir y posteriormente de reconstruir. Señala que por influencia del ambiente, el niño dominará paulatinamente su agresividad, que, cada vez se manifestará de manera más indirecta y socializada. Dicha autora ha podido observar el miedo del niño a ser destruido por la agresividad del adulto.

Respecto a la frustración, considera que el niño la vive como un ataque hostil del ambiente, siendo la agresividad el resultado de privaciones o carencias en relación con disarmonías evolutivas que alteran los mecanismos reguladores de lo que ella denomina "pulsiones agresivas". Básicamente considera la agresividad como reacción a una falta de afecto. Postula además que los casos de agresividad como reacción a una falta de afecto precoz, acumulan retraso afectivo y en ocasiones intelectual. (4)

Respecto al tema S.Nacht, sostiene que la agresión en el lactante tiene como finalidad evitar la insatisfacción y obte-

ner la satisfacción de necesidades, además postula que la --- agresividad parece originarse en el displacer, la insatisfacción o el dolor. El niño criado al abrigo de toda frustra--- ción, posteriormente estará falto de la energía necesaria para obtener, en la lucha por la vida, lo que le precise. Para dicho autor, la fuerza del yo y la fuerza vital se superponen laborando los impulsos agresivos no por la destrucción sino por la afirmación de la vida. (28)

Por otro lado, Merloo considera la agresividad como la - respuesta humana a frustraciones tales como; carencia de afec- to, de comunicación con otro y de satisfacciones sexuales. (26)

Importante para el presente estudio es la tesis plantea- da por Wallon quién dice que la cólera puede tomar dos cami-- nos distintos: centrípeto y proyectivo. En el primero de -- los casos la agresión se torna contra sí mismo y en el segun- do se dirige contra quienes le rodean. En el centrípeto pri- mero predominan los sentimientos de culpa y la angustia. Por otro lado sostiene que la cólera proyectada, formada por reaccio- nes contra el medio, se manifiesta en escenas más o menos ex- presivas y puede tratar de intimidar a los circundantes. --- Igualmente sostiene que para un adecuado desarrollo del menor éste ha de sentir algunas frustraciones y, dado el proceso de socialización de la agresión activa, pasará a reprimirla. -- Postula que la agresividad es un potencial energético y que - al suprimirla de raíz su consecuencia será la pasividad, la -

falta de iniciativa y, en casos extremos, el aislamiento patológico. Igualmente considera que si la insatisfacción es el motivo de las relaciones del niño, su solución será la permanente agresividad compulsiva y nada formativa, pudiendo revertirse contra sí mismo o a los demás. (44)

Por otro lado, Fenichel en su texto "Teorías Psicoanalíticas de las Neurósis" señala que el rechazo representa para el niño una pérdida de la autoestima, mientras que el amor le significa una recuperación de la misma y que del mismo modo todo sentimiento de culpa hace decrecer la autoestima. (16)

Este último punto nos señala el efecto nocivo que para la autoestima del niño con DCM puede tener la situación de constante rechazo.

TEORIA DE LA FRUSTRACION DE ROSENZWEIG.

Fue a partir de 1934 que S. Rosenzweig desarrolla su teoría general de la frustración la cual algunos autores ubican dentro de lo que se denominaría psicoanálisis experimental. En palabras del autor su teoría: "Es un ensayo para expresar en forma concreta el punto de vista organísmico en Psicología. Postula una reformulación de conceptos psicoanalíticos teniendo en cuenta las posibilidades, experimentales".

Rosenzweig nos plantea que "existe frustración cada vez que el organismo encuentra un obstáculo o una obstrucción más, o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera". (36)

Discrimina entre dos tipos de frustración: a) Frustración primaria o privación, la cual se caracteriza por la tensión e insatisfacción subjetiva, debidas a la ausencia de una situación final necesaria para el apaciguamiento de una necesidad vital; b) Frustración secundaria, la cual se caracteriza por la presencia de obstáculos en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad vital.

Es precisamente este último tipo de frustración el que se dedica a investigar el autor en su test de frustración.

Importante en esta teoría es el concepto de "presión o stress", el cual se refiere a la situación estímulo que constituye un obstáculo. A su vez clasifica esta presión en dos perspectivas: por una lado, una presión pasiva o activa y, por otro lado, una presión externa o interna.

Nos dice que presión pasiva se constituye cuando se presenta un obstáculo, sin que sea por sí mismo amenazador; y que es activa cuando es peligrosa por sí misma. La presión externa se refiere a un obstáculo situado fuera del individuo, e interna si el obstáculo está situado en el interior del sujeto.

En 1960 Rosenzweig planteó la diferencia entre hostilidad y agresión, diciendo que la hostilidad es sólo una forma de agresión y consideró que si la agresión es constructiva puede ser conceptualizada como persistencia de la necesidad, mientras que la agresión negativa o destructiva puede ser conceptualizada con defensa del yo. (36)

Por otro lado, un concepto nodal de esta teoría es el de "Tolerancia a la Frustración", a la cual define cómo la aptitud de un individuo para soportar una frustración, sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a tipos de respuesta inadecuada.

Ahora bien, consideramos que la aptitud de tolerancia a la frustración implica la existencia de un proceso inhibitorio, ya que la frustración se acompaña de un aumento de tensión. Siendo la inhibición la base de la tolerancia a la frustración, esta dependerá de la capacidad para mantener esta tensión y evitar una descarga de la misma.

Este concepto de tolerancia a la frustración requiere la existencia de diferencias individuales respecto a ciertos umbrales de tolerancia, por lo que los aspectos de personalidad tales como el principio de realidad y del placer, así como gravedad de la presión, son los que nos proporcionarán el grado de tolerancia a la frustración.

TIPOS DE RESPUESTA A LA FRUSTRACIÓN.

Rosenzweig propone una clasificación de las funciones en función de la economía de la necesidad frustrada y las cuales representan una respuesta a la amenaza implícita a la propia personalidad.

El primer tipo de reacción corresponde a las denominadas de necesidad persistente, que implica una acción o pensamiento dirigidos a un objetivo. Lo que en su tests de frustración se califica, como necesidad persistente (N-P).

La segunda corresponde a la defensa ante la amenaza que para el yo supone la frustración calificándose en su tests como (E-D).

La tercera reacción es que el individuo responde exclusivamente al problema en sí y sintiéndose incapaz tanto de defender su ego como de defender a su yo como de perseguir el objetivo original, se limita a manifestarse enterado y a estar conciente del estar frustrado. Este tipo de respuesta son -- las que en su test se califican como respuestas de predominio del obstáculo (O-D).

Dado que la mayoría de las reacciones de la frustración son de carácter agresivo, Rosenzweig categoriza también tales reacciones en función de la salida que da el individuo frustrado a la agresión originada en él por ésta causa, apareciendo:

a) Respuestas Extrapunitivas. La agresión se expresa -- abiertamente contra el ambiente.

El individuo puede manifestar su cólera de manera más o menos sutil; puede expresar preocupación e irritación hacia el objeto que se ha interpuesto en su camino; solicitar de los demás que lo resuelvan o mantenerse hostil, acusando o volcando el problema a cualquier otro.

b) Respuestas Intrapunitivas. La persona frustrada descarga toda su agresividad sobre sí mismo, unas veces reprochándose la frustración, otras intentando resolver

el problema, mostrándose humillado por haberlo provocado y otras negando por completo la existencia del problema en su aparente esfuerzo de autocastigarse, evitando que lo compadezcan.

c) Respuestas Impunitivas. En este tipo el sujeto trata de disminuir el efecto de la frustración, dándole normalmente un giro conciliador.

El individuo insiste en el carácter inevitable de la dificultad, quita importancia a la frustración, trata de conformarse a los límites que esto le impone y/o -- confía en que con el tiempo se resuelva.

En lo que respecta a la clasificación del Test de Rosenzweig las respuestas del examinado se clasifican de acuerdo con dos aspectos principales:

- a) Dirección de la agresión: La cual puede ser Extrapunitiva (E), Intropunitiva (I) e Impunitiva (M).
- b) Tipo de Agresión: Se divide en Predominio de Obstáculo (O-D), Defensa yoica (E-D) y Persistencia de la Necesidad (N-P).

En este punto es importante diferenciar la agresión de la hostilidad. Como ya mencionamos la hostilidad es sólo un modo particular de agresión; se considera que en general la agresión -- está más cercana de la actitud emprendedora o autoafirmativa -- que la hostilidad. Bajo este contexto, se intenta distinguir la agresión positiva o constructiva, de la negativa o de destructiva, conceptualizando la primera como Persistencia de la-

Necesidad y la segunda como Defensa Yoica. El predominio del obstáculo representaría entonces un tipo de agresión en la que la respuesta es restringida o inhibida, antes de que alguno - de los dos tipos puedan manifestarse, posiblemente, debido a un conflicto entre ellos.

CONSIDERACIONES TEORICAS SOBRE LA AGRESION EN EL
NIÑO CON DISFUNCION CEREBRAL MINIMA

En páginas anteriores señalé que el término de DCM se emplea para diferenciar un cuadro clínico que se produce cuando existe un daño importante que se refiere a la existencia de signos neurológicos evidentes. Nos referimos a DCM cuando explicamos ciertos trastornos de conducta y aprendizaje presentes en la infancia y en donde los signos neurológicos son mínimos. Igualmente señalamos lo paradójico de el término "mínima", ya que el niño con DCM sufre de importantes limitaciones en su desarrollo. A continuación planteo algunas consideraciones teóricas sobre el aspecto emocional del menor cuyos problemas de aprendizaje y de conducta le hacen ser constantemente rechazado o castigado.

Bender subraya la intensa ansiedad del niño que ha sufrido lesiones cerebrales, considerando que es difusa y abrumadora, que proviene del exceso de estimulación y respuesta de sus propias percepciones deformadas, de su motilidad desordenada de su sensación general de perplejidad y del hecho de percatarse de que en cierta forma es diferente de otros niños.

Esta autora también señala que los niños que llegan a consulta con algún problema asociado a la enfermedad orgánica del cerebro, tienen otros problemas emocionales y sociales -- propios de la situación en que viven. Igualmente considera que la DCM, además de producir trastornos específicos de tipo motor o sensorial, disminuye la calidad del desarrollo general del niño interfiriendo en los procesos de maduración y limitando al organismo como un todo. (4)

Pasananick y Knoblock plantean que los trastornos del aprendizaje y de la conducta son producto de lesiones menores, pero suficientes para desorganizar el desarrollo de la conducta y abatir el umbral a situaciones conflictivas. (1)

Por su parte, Ajuriaguerra considera que el niño con lesión cerebral no es capaz de actuar de manera coordinada por lo que vive un mundo que le produce perplejidad y frustración. (1)

Es así que se ha considerado que el niño disfuncional vive limitaciones que, de continuarse, lo llevarán a la formación de un falso concepto de sí mismo, además de que la influencia negativa del medio puede incrementar su impulsividad.

Por otro lado, se ha considerado que la inseguridad del niño con DCM aumentará con la sobreprotección o el papel de enfermo que se le señale, por las frustraciones, las reprobaciones y por las reacciones provocadas por la desorientación de los mayores; en este sentido Noguez Corona plantea que la presencia de un niño hiperquinético altera las relaciones fami

liares y sociales de quienes le rodean, incrementando las ac
titudes negativas hacia él. (29)

IV. M E T O D OPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Wallon postula que si la insatisfacción es la única forma de relación entre el niño y el medio, su única solución será la permanente agresividad, constante y nada formativa, pudiendo revertirse contra sí mismo ó hacia los demás. (47) En páginas anteriores se expuso la diferencia entre la agresión constructiva o positiva, conceptualizándola como persistencia de la necesidad y la agresión destructiva o negativa, considerándola como defensa yoica; ambas dentro del contexto de la Teoría de la Frustración de Rosenweig. El predominio del obstáculo representará entonces un tipo de agresión en el que la respuesta es restringida antes de que alguno de los otros tipos se presente.

Por otro lado de acuerdo con la concepción del niño con DCM se considera que éste tiene un manejo de la agresión identificable y diferenciable del que haría un niño con un desarrollo normal de su personalidad. En una primera etapa de su desarrollo, considero que el niño que experimenta limitaciones y frustraciones de una manera constante y prolongada, tenderá a presentar una conducta agresiva dirigida al medio, (E). Este tipo de agresión se complementa con el tipo de respuesta, la de Promedio del Obstáculo (O-D), que sin tener las características de la agresión constructiva como la de Persistencia de la Necesidad (N-P), ni negativa como la de Defensa del Yo (E-D), presentará una agresión cuya respuesta es inmadura-

y de una importante debilidad yoica, lo cual limitará el desarrollo del niño con DCM.

La pregunta de investigación surge a partir de que se ha podido observar un determinado comportamiento en los niños con DCM ante la constante situación de incapacidad y rechazo, que por sus mismas características de hiperactividad y poco control de la conducta, le imponen su medio escolar y familiar.

Lo anterior llevó a considerar que en el menor con DCM deberá existir, un manejo diferente de sus impulsos agresivos quedando planteada la pregunta de investigación de la siguiente manera:

¿Cuál es el manejo de la agresión en niños con disfunción cerebral mínima observado a través del Test de Frustración de Rosenweig-Forma para niños?.

DEFINICION DE TERMINOS:

Estableciendo criterios en la presente investigación tenemos los siguientes conceptos:

- 1) Concepto de disfunción cerebral mínima: Tomaré aquí la definición que en 1966 planteó Clements; "Es un estado que se presenta en niños con Inteligencia promedio, con alteraciones de conducta y/o aprendizaje que van de moderadas a severas y que están asociadas con desviaciones en las funciones del Sistema Nervioso Central. Estas desviaciones se manifiestan por una serie combinada de alteraciones en la percepción, con-

ceptualización, lenguaje, memoria, control de la atención, de impulsos y de conducta motora. Estas alteraciones pueden -- originarse por daños cerebrales perinatales, alteraciones genéticas, bioquímicas y daños o enfermedades durante los primeros meses de vida, los que son críticos para el desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central". (9)

- 2) Concepto de Agresión: Tomando en cuenta el marco teórico de la presente investigación, planteo la definición que de agresión da el Diccionario de Psicoanálisis de Laplace y Pontalis, que considera un enfoque externalizado de la agresión y la define como "una -- tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, - etc.". (23)

Para complementar lo anterior consideremos la definición que dan Ochoa y Patiño, la cual tiene un enfoque internalizado de la agresión, y es así que plantea que "La agresión interna, autoagresión, o destrucción contra sí mismo se manifiesta en autocastigos, incitaciones al ataque, accidentes provocados, y depresión, y es el resultado de un complejo de inferioridad, basados en aspectos inconscientes de autoculparse y y la sensación de no merecer el amor que necesitan". (30)

VARIABLES:

Variable Independiente: Disfunción cerebral mínima.

Variable Dependiente: Manejo de la agresión dada en tér-

minos de dirección y tipo, de acuerdo al Test de Frustración de Rosenzweig.

Considerando que el presente estudio es Ex-post-facto no se tuvo un control de la V.I. por manipulación o por distribución al azar; ya que la DCM es una variable atributo sólo realizamos inferencia acerca de la relación de ésta y la V.D.

La V.D., dirección y tipo de agresión fue observada a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma niños, bajo tres niveles o categorías:

-Dirección de la agresión:

- a) Extrapunitiva ó E: Cuando el examinado dirige la agresión hacia afuera.
- b) Intropunitiva ó I: Cuando la agresión se dirige hacia sí mismo.
- c) Impunitiva ó M: Cuando se evita o elude toda manifestación de agresión.

-Tipo de agresión:

- a) Predominio del Obstáculo (O-D): Cuando la respuesta indica sólo una perseverancia o insistencia en la presencia del obstáculo.
- b) Desfensa del Yo (E-D): Cuando la respuesta se refiere a la culpabilidad o inviolabilidad del YO.
- c) Persistencia de la necesidad (N-P): Cuando la respuesta indica en cierto modo la búsqueda de solución de la necesidad frustrada.

Se consideraron también algunos criterios de inclusión - que debían cubrir los sujetos del grupo estudiado, estos fueron:

- Que el diagnóstico de disfunción cerebral mínima fuera corroborado por Neurología y Psicología.
- Que los problemas de aprendizaje y conducta hayan sido detectados por lo menos con 12 meses de anterioridad al presente estudio.
- Que el menor no hubiese estado en tratamiento anterior.
- Que sus edades fluctuaran entre 6 y 10 años.
- Que cursara algún grado de educación primaria.
- Que el coeficiente Intelectual obtenido en la Escala de Inteligencia Wechsler para niños (Wisc-R) fuese -- promedio como base (Normal: se 90 a 110) y los niveles inmediatamente inferior y superior a aquel (Normal Torpe de 80 a 89 y Normal Brillante de 110 a 119).

HIPOTESIS

En base a los aspectos teóricos anteriormente considerados y a la teoría de la frustración de Rosenzweig se plantean dos respuestas al problema de investigación, quedando postuladas las siguientes hipótesis.

- I) HIPOTESIS NULA I: No habrá diferencias estadísticamente significativas en la dirección de la agresión - Extrapunitiva (E), Intropunitiva (I) e Impunitiva (M) en niños con disfunción cerebral mínima, observada a través del Test de frustración de Rosenzweig -Forma Niños, no apareciendo con mayor frecuencia la catego-

ría de Extrapunidad (E).

HIPOTESIS ALTERNA I: Habrá diferencias estadísticamente significativas en la dirección de la agresión Extrapunitiva (E), Intropunitiva (I) e Impunitiva (M) en niños con disfunción cerebral mínima, observada a través del Test de Frustración de Rosenweig -Forma niños; apareciendo con mayor frecuencia la categoría de extrapunitividad (E).

II) HIPOTESIS NULA II: No habrá diferencias estadísticamente significativas en el tipo de agresión de Predominio del Obstáculo (P-D), defensa Yoica (E-D), y Persistencia de la Necesidad (N-P), en niños con disfunción cerebral mínima observada a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma niños, no apareciendo con mayor frecuencia la categoría de Predominio del Obstáculo (O-D).

HIPOTESIS ALTERNA II: Habrá diferencias estadísticamente significativa en el tipo de agresión predominio del obstáculo (O-D), defensa Yoica (E-D) y Persistencia de la Necesidad (N-P) en niños con disfunción cerebral mínima observada a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma niños, apareciendo con mayor frecuencia la categoría de predominio del obstáculo (O-D)..

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un tipo de Campo Ex Post Facto de Prueba de hipótesis. Es un estudio ex post facto porque no se tuvo el control directo, sobre las variables Disfunción cerebral míni

ma y manejo de la agresión, dado que ya éstas ya han ocurrido, son inherentes y no manipulables.

Solo tratamos de descubrir la relación que se da entre la presencia del DCM y el manejo que de su agresión hace el niño, observando a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

Se considera un Estudio de Prueba de Hipótesis porque además de tratar de descubrir la relación entre el DCM y el manejo de la agresión, planteamos la tendencia o dirección que tendría dicha relación.

DISEÑO.

Se utilizó un Diseño Pre-experimental de un solo grupo dado que se trabajó con un grupo en el que se realizó una sola medición de la agresión.

MUESTREO.

La selección de la muestra se realizó por medio de un muestreo por accidente.

Se seleccionaron aquellos sujetos que durante el período de enero a junio de 1986 acudieron al CREE-OAXACA, presentando sintomatología del DCM, y que habiéndoseles aplicado una valoración integral fueron diagnosticados con DCM y que además cubrieron las características de los criterios de inclusión planteados previamente.

Siendo así que la muestra se constituyó de 15 sujetos mismos que presentaron los requisitos establecidos.

SUJETOS:

El grupo del presente estudio se constituyó por 15 sujetos, con diagnóstico de DCM, 13 del sexo masculino y 2 del sexo femenino siendo el promedio de edad cronológica de 8.5-años, con escolaridad promedio de primer año de primaria: con una media de C.I de 97 la cual corresponde al diagnóstico de Inteligencia Normal Promedio.

El nivel de Maduración Visomotora fue de 5.6 años. Finalmente, la condición socioeconómica fue de un nivel medio en general.

ESCENARIO.

Tanto las entrevistas y la aplicación de instrumentos para el diagnóstico psicológico y neurológico, como el instrumento de investigación de la agresión se aplicaron en forma individual en el Consultorio de Psicología Externa y de Neuropsiquiatría del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) del Estado de Oaxaca.

MATERIALES.

Test de Frustración de Rosenzweig-Forma Niños.

Descripción.

Test de Frustración de Rosenzweig-Forma Niños:

Este instrumento se basa en la Teoría General de la Frustración desarrollada por S. Rosenzweig en 1934. En 1944 apareció la forma para adultos y 4 años más tarde la forma para niños, ésta se aplica a niños de 4 a 13 años de edad.

El supuesto básico del Test (PFT) es de que el examinado consciente o inconscientemente se identificará con el sujeto-frustrado y proyectará sus sentimientos en cada respuesta. Su objetivo específico es explorar la personalidad en una de sus áreas, la respuesta a la frustración.

El PFT consta de 24 láminas mostrando cada una situaciones frustrantes, en las cuales la figura del lado izquierdo es la persona frustradora y la del lado derecho es la receptora de la acción. En todas las láminas se encuentran los personajes hablando, estando los espacios para las leyendas del lado derecho en blanco, siendo éstos los que el sujeto examinado debe llenar. Los personajes no muestran expresión facial ni corporal alguna que pudiera sugerir la respuesta.

Las instrucciones que se dan al sujeto son las siguientes: "Cada uno de los siguientes cuadros contienen dos o más personas, si te fijas en cada cuadro una de las personas le dice algo a la otra. Lo que yo quiero que tu hagas es que escribas en este papel (o me lo digas), la primera respuesta que se te ocurre responderá el personaje de la lámina. No hace falta que lo pienses mucho, recuerda que debe ser lo primero que se te venga a la mente. Quiero que trabajes lo más rápido que puedas". Una vez que los sujetos responden a la primera lámina se verifica la comprensión de las instrucciones. Si éstas fueron comprendidas los sujetos continúan hasta terminar con las láminas restantes siguiendo un orden numérico, no existiendo límite de tiempo para la aplicación.

En el caso del presente estudio, debimos anotar las respuestas de la mayoría de los sujetos, por las características de edad y escolaridad, para hacer más ágil o posible la aplicación.

Por otro lado, la segunda fase de la aplicación consiste en el interrogatorio, durante el cual se le pide al examinado que lea en voz alta las respuestas que ha escrito y el examinador anotar las particularidades que podrían dilucidar la intención de las respuestas para su evaluación en caso de que se hubiese duda.

Las respuestas proporcionadas por el sujeto examinado se computan según dos dimensiones principales: Dirección y Tipo de Agresión.

La dirección de la agresión se clasifica en Extrapunitiva, Intropunitiva e Impunitiva. El tipo de agresión se clasifica en Predominio del Obstáculo, Defensa del Yo y Persistencia en la Necesidad.

En lo que respecta a la interpretación de la prueba esta puede ser cuantitativa y cualitativa. De acuerdo en la primera se clasifican y se obtienen porcentajes para las diferentes categorías. En lo que respecta de la evaluación cualitativa se realiza tomando en cuenta las frecuencias obtenidas en la interpretación cuantitativa, y sobre todo de acuerdo en los elementos teóricos planteados por Rosenzweig, en su teoría de la frustración.

En este punto cabe señalar que en las láminas 2, 6, 20

y 21 adoptamos los cambios propuestos por Berrum, M.T. (6)- en lo que respecta a los siguientes términos que no son de uso común en México:

sos = eres

monopatín = patin del diablo

tejo = canica

hamacarme = columpiarme.

Finalmente, en lo que se refiere a la confiabilidad del Test, ésta se ha investigado mediante los métodos de división por mitades, retest e Interjueces. Clarke, Rosenzweig y Fleming estudiaron esta última, obteniéndose un acuerdo inicial de aproximadamente el 85 por ciento. (36)

PROCEDIMIENTO.

Se procedió a reunir y solicitar la cooperación del personal que de alguna u otra manera tomaría parte en el estudio, citándose al personal de: Trabajo Social, Medicina General, Neurología, Electroencefalografía y Psicología, explicándose a los mismos el objetivo, las características e hipótesis que se pretendía comprobar.

Dado que el servicio de medicina general es el filtro por el cual pasan todos los solicitantes de atención del CREE--OAXACA, se solicitó de este personal canalizar a Psicología a los menores que, asistiendo a consulta de primera vez, presentaran síntomas de DCM durante el período de enero a junio de 1986.

En el Servicio de Psicología además de realizarse la Historia - Clínica del menor se aplicó el Test de Bender, y la Escala de Inteligencia Wechsler (WISC-R). En los casos en los que se diagnosticó disfunción cerebral mínima, se solicitó inter consulta Neuropsiquiátrica y Electroencefalográfica para la evaluación del menor.

En los casos que además de corroborarse el diagnóstico de, DCM los sujetos que cubrieran los requisitos de escolaridad - edad, C.I. definitorios del grupo, fueron evaluados con el -- Test de Frustración de Rosenzweig.

En cada situación de prueba se aplicó el Test de acuer do a las instrucciones planteadas anteriormente. Sus res-- puestas fueron registradas manualmente en los protocolos u- hojas de tabulación destinadas para ese fin, o en la mayo-- ría de los casos se escribían las respuestas que el niño -- verbalizaba en las hojas mencionadas. Terminada la aplica- ción de la prueba se anotaba el tiempo total que llevó la - misma y se procedía a realizar la encuesta, planteándose -- respuestas no sugestivas que ayudarán a aclarar las respues- tas ambiguas o muy breves.

La calificación de cada uno de los protocolos se reali- zó conforme a las reglas del manual de la prueba, calificán- dose cada protocolo por dos psicólogos o jueces con prácti- ca en el manejo y conocimiento de la prueba, realizándose - dicha calificación en forma separada; posteriormente se eva- luó la confiabilidad de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{CONFIABILIDAD} = \frac{\text{acuerdos}}{\text{acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100$$

Desarrollando esta fórmula en nuestros datos tenemos el siguiente resultado:

$$C = \frac{168}{168 + 24} \times 100$$

$$C = 87\%$$

Este 87 por ciento de confiabilidad nos indica que la calificación de los protocolos es confiable, ya que se requiere el 85% con mínimo para considerarlo así.

Por otro lado las frecuencias obtenidas fueron convertidas a porcentajes de acuerdo al manual. Tratando de responder a las hipótesis planteadas se obtuvieron los porcentajes de tipo y dirección de la agresión.

Para clasificar al sujeto en el tipo y dirección de acuerdo a las categorías planteadas por Rosenzweig se toma en cada sujeto la categoría que presente mayor porcentaje. Esto se realizó tanto para determinar la dirección como el tipo de la agresión.

Para finalizar este capítulo mencionaré que en todos los casos se trató de crear un ambiente cordial, buscando la cooperación de los padres y del niño. Una vez finalizada la aplicación de instrumentos, en todos los casos se procedió a dar orientación psicológica a los padres y al menor,

canalizando además a este último al tratamiento farmacológico, pedagógico y psicológico que cada caso requiriese.

V. RESULTADOS

Las tablas I y II corresponden a los datos obtenidos a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma Niños, los cuales fueron sometidos posteriormente a tratamiento estadístico para la aceptación o rechazo de las hipótesis alternas planteadas en el presente estudio.

La tabla I nos indica los porcentajes obtenidos por los sujetos en la Variable Dirección de la agresión, con sus tres niveles de respuesta: Extrapunitiva (E), Intrapunitiva (I) e Impunitiva (M).

La tabla II nos proporciona información de los porcentajes de la segunda variable de nuestro estudio, el tipo de agresión la cual como ya hemos mencionado puede ser de tres tipos: Predominancia del obstáculo (O-D), Defensa del Yo (E-D) y Persistencia de la Necesidad (N-P).

Las tablas V, VI, VII y VIII, nos reportan las frecuencias de los sujetos según la edad cronológica, nivel de maduración, grado escolar y coeficiente intelectual respectivamente.

Finalmente la tabla IX es una tabla que nos muestra los criterios de inclusión de los 15 sujetos estudiados, así como la V.D.

ANALISIS ESTADISTICO:

Las dos hipótesis consideradas fueron sometidas para su aceptación o rechazo a Prueba Estadística No paramétrica , -

ya que se desconocen los parámetros de la población y dado - que las respuestas son clasificaciones de las cuales se obtu- vieron porcentajes el nivel de medición es nominal.

Para la comprobación de las hipótesis se utilizó el aná- lisis de Varianza de Friedman ya que se trata de K sujetos - igualados (se estudia el mismo grupo de 15 sujetos de cada - una de las K condiciones)., Extrapunitiva (E), Intropunitiva (I) e Impunitiva (M) en el caso de la primera hipótesis; y - Predominio del Obstáculo (O-D), Defensa del YO (E-D) y Per-- sistencia de la Necesidad (N-P) en el caso de la segunda.

Este análisis estadístico permitió probar que las dife- rencias encontradas en las tres categorías de cada variable- fueron estadísticamente significativas a un nivel de .05 y no producto del azar; observándose el mayor porcentaje de las ca- tegorías.

PROCEDIMIENTO PARA LA COMPROBACION DE LAS HIPOTESIS
APLICANDO EL ANALISIS DE VARIANZA DE FRIEDMAN:

Para la aceptación de la primera hipótesis: 1o. Se arreglaron los puntajes a una tabla de dos clasificaciones de K-columnas (condiciones) y N hileras (sujetos o grupos) (Tabla I).

2o. Se ordenaron los puntajes de cada hilera, de 1 a k- (1 a 3).

3o. Se determinó la suma de los rangos de cada columna: R_j.

4o. Se calculó el valor de X_r^2 con la siguiente fórmula:

$$X_r^2 = \frac{12}{NK (K + 1)} (R_j)^2 - 3N (K + 1)$$

5o. El método para determinar la probabilidad de ocurrencia conforme a H_0 asociada con el valor observado de X_r^2 depende de los tamaños de N o K, para N o K, o ambas mayores que las de la tabla N, la probabilidad asociada puede determinarse por referencias a distribución chi cuadrada dada en la (tabla C, Siegel) (39) con $gl=K-1$.

6o. Si la probabilidad obtenida con el método debido es igual a ó menor que α , se rechaza H_0 .

RESULTADOS DE LA PRIMERA HIPOTESIS.

1) Nivel de significancia:

$$\alpha = .05; \quad N = 18$$

2) Grados de libertad: 2 gl.

- 3) Estadística del Análisis de Varianza de Friedman calculada: $X_r^2 = 11.19$ con $\alpha = .05$
- 4) Distribución muestral: Al ser calculada por la fórmula expresada, X_r^2 está distribuida aproximadamente como Chi cuadrada con $gl=k-1$, cuando N ó k ó ambas -- son grandes. Así la probabilidad asociada con la -- ocurrencia conforme a H_0 de un valor tan grande como valor observado de X_r^2 , puede determinarse por referencia a la Tabla C de acuerdo a Siegel. (39)
- 5) Región de Rechazo: La región de rechazo consistió -- en todos los valores de X_r^2 tan grandes que la probabilidad asociada con su ocurrencia conforme a H_0 . -- sean iguales o menores que $\alpha = .05$
- 6) Decisión: La referencia a la tabla C (39) indica que $X_r^2 = 11.19$, cuando $gl = k-1 = 3 - 1 = 2$. es significativo entre los niveles .01 y punto 001. Ya que $p .01$ es menor que nuestro nivel de significancia -- previamente establecido $\alpha = .05$ se rechaza H_0 .

Se concluye que existen diferencias estadísticamente -- significativas entre los puntajes de la Dirección de la Agresión, es decir entre E, I y M.

La segunda hipótesis, igualmente se sometió para su aceptación o rechazo al mismo procedimiento.

RESULTADOS DE LA SEGUNDA HIPOTESIS.

- 1) Nivel de significancia: $\alpha = .05$; $N = 15$
- 2) Grados de libertad: 2 gl.

- 3) Estadística del Análisis de varianza de Friedman calculada: $X_r^2 = 12.89$ con $\alpha = .05$
- 4) Distribución muestral: La misma que la correspondiente a la primera hipótesis.
- 5) Región de Rechazo: Igual que la primera hipótesis.
- 6) Decisión: La referencia a la tabla C (39) indica -- que $X_r^2 = 12.89$, cuando $gl = k - 1 = 3 - 1 = 2$, es significativo entre los niveles .01 y .001 ya que P.01 es menor que nuestro nivel de significancia previamente establecido = .05 se rechazó H_0 , aceptando la hipótesis alterna.

Se concluye que existen diferencias estadísticamente -- significativas entre los puntajes de tipo de agresión, es decir entre O-D, E-D y N-P.

Por otro lado, en lo que respecta a la interpretación cualitativa y considerando las bases psicodinámicas de la prueba se procedió a realizar una interpretación de los datos, - misma que permite plantear lo siguiente:

Los niños con disfunción cerebral mínima presentan un manejo típico diferenciable de su propia capacidad de agresión ante la situación de constante rechazo. Este patrón se caracteriza por un manejo extrapunitivo y un tipo de agresión del predominio del obstáculo. Lo anterior nos indica que su reacción en los obstáculos frustrantes es poco tolerante, -- tendiendo a presentar respuestas agresivas al medio poco discriminadas, lo que aunado a una tendencia de predominio del obstáculo lo limitará en cuanto a presentar una agresión de tipo constructiva o positiva (que se representaría por un mayor porcentaje en la categoría de persistencia de la necesidad) según lo considerado en la Teoría de la Frustración de Rosenzweig.

Estos datos confirman en forma significativa las hipótesis planteadas y la aceptación de los resultados que se esperaban, recordando que el enfoque del presente estudio era -- que la extrapunitividad y el promedio del obstáculo serían las características que en el manejo de la agresión presentaría el niño con DCM ante la limitación que el medio le impone.

Se considera que la presencia de este tipo y dirección de la agresión que hace el niño con DCM debe ser tomado en -

cuenta como un aspecto importante para su manejo psicológico, mismo que determina la orientación que se dé a los padres y maestros sobre el trato al menor. Indicando la agresión observada debilidad yoica que limitará al niño con DCM, y de acuerdo a nuestro marco teórico, en la transformación de la energía agresiva en energía neutra al servicio del Yo.

Cabe señalar en este punto la importancia de la adecuada orientación a los padres del menor, ya que retomándose lo planteado por Noguez Corona (29), la información que tengan los padres del padecimiento del niño con DCM influirá sobre sus actitudes hacia el niño en forma favorable.

Por otro lado comparando los resultados obtenidos en el presente estudio con otras investigaciones, encontramos que el niño con DCM presenta el mismo manejo en cuanto a la dirección de la agresión que los niños con Enuresis secundaria, según lo encontrado por Hernández Martínez (1984), considerando que ambos tipos de niños frente a una situación frustrante, depositan la responsabilidad en el exterior para evitar la culpa o amenaza que provoque dicha situación.

En lo que respecta al tipo de agresión el niño con DCM presenta un patron similar a observado en niños con síndrome del maltrato, postulado por Coppari González (1984), representando el tipo de agresión de predominio del obstáculo, un tipo en el cual la agresión es una respuesta inmadura, de una importante debilidad yoica.

Podemos concluir diciendo que el niño con disfunción - cerebral mínima presenta además de pobre tolerancia a la -- frustración, debilidad yoica para dar respuestas adecuadas- de defensa ante las situaciones frustrantes, tendiendo a di rigir la respuesta al medio en forma poco constructiva.

VII. C O N C L U S I O N E S

De el estudio realizado en el presente trabajo se desprenden las siguientes conclusiones:

a) El análisis estadístico permitió rechazar las hipótesis nulas planteadas por lo que las hipótesis alternas que se postularon fueron aceptadas; considerando la primera de ellas la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las categorías de dirección de la agresión, predominando la categoría de extrapunitividad en el niño con DCM y la segunda, consideró diferencias estadísticamente significativas en las categorías de tipo de respuesta con mayor frecuencia en la categoría de predominio del obstáculo en niños con DCM.

b) El niño con disfunción cerebral mínima presenta un determinado manejo, identificable de su agresión ante las situaciones frustrantes que el medio escolar y familiar le impone.

c) Dicho patrón de respuestas se caracteriza por una dirección extrapunitiva; es decir, deposita la responsabilidad de la frustración en el medio externo para evitar la ansiedad o la culpa que genere dicha situación, siendo además poco tolerante a la frustración.

d) Aunada a la extrapunitividad se observa un predominio del obstáculo en el tipo de respuesta agresiva, lo que limita y restringe la expresión del impulso agresivo en forma constructiva como sería el de persistencia de la necesidad,

lo que limita al menor a dar una respuesta constructiva que busque activamente la satisfacción de la necesidad frustrada.

e) La mayor frecuencia en la dirección de la agresión-extrapunitiva en niños con DCM, es similar a la encontrada por Hernández Castillo (1984) en niños con enuresis secundaria.

f) En lo que respecta al tipo de agresión de predominio del obstáculo, el niño con DCM muestra un patrón similar al encontrado por Coppari González en niños con síndrome del maltrato.



VIII. ALCANCES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

En primer lugar presentaré las limitaciones del presente estudio para a continuación plantear sugerencias de estudios futuros que lo complementen.

a) Únicamente se estudió un aspecto de la problemática emocional del niño con DCM que si bien es clave para el desarrollo del menor es un aspecto parcial.

Por lo anterior considero importante ampliar la investigación de otros aspectos de la personalidad del menor con DCM.

b) Otro aspecto limitante es la utilización de un sólo grupo en la investigación, por lo que considero importante la posible réplica del estudio con la misma rigurosidad de la selección del grupo estudiado, pero con la inclusión de un grupo control.

De lo anterior también podrían derivar estudios comparativos del niño con DCM.

c) Los resultados sólo podrán ser generalizables al grupo estudiado y a niños con DCM que acudan a consulta al CREE-OAXACA y presenten las mismas variables atributivas orgánicas.

d) Tanto el número de sujetos como el tipo de muestreo limitan la generalización de los datos observados, así como el poder de predicción.

e) El instrumento utilizado no está estandarizado a la

población mexicana, y el manejo estadístico de los puntajes del Test de frustración de Rosenzweig no están establecidos con una metodología estricta.

En segundo término considero que los alcances de la presente investigación son los siguientes:

- a) El estudio es un intento de conocer con mayor objetividad un aspecto de la problemática emocional del niño con DCM como es el manejo de la agresión, aspecto pocas veces estudiado.
- b) La comprobación en un núcleo de niños con DCM de una observación clínica producto del trabajo en el diagnóstico y tratamiento psicológico con niños con DCM, sustentándose además por los autores revisados y citados en el marco teórico.
- c) Las aportaciones de información no sólo de importancia teórica sino terapéutica ya que el conocimiento del patrón agresivo del grupo de niños estudiado nos permite enfocar la terapéutica tanto a los niños como a los grupos de padres y maestros, semejantes a los del grupo estudiado.
- d) La formación de un grupo de niños con DCM lo cual es difícil en este campo dada la diversidad existente en la nomenclatura del cuadro nosológico y de las disciplinas que intervienen en su detección, diagnóstico y tratamiento.

Finalmente considero que además de las proposiciones anteriormente señaladas es importante mayor investigación con-

población mexicana, y el manejo estadístico de los -
puntajes del Test de frustración de Rosenzweig no -
están establecidos con una metodología estricta.

En segundo término considero que los alcances de la pre-
sente investigación son los siguientes:

- a) El estudio es un intento de conocer con mayor objeti-
vidad un aspecto de la problemática emocional del ni-
ño con DCM como es el manejo de la agresión, aspecto-
pocas veces estudiado.
- b) La comprobación en un núcleo de niños con DCM de una
observación clínica producto del trabajo en el diagnós-
tico y tratamiento psicológico con niños con DCM, -
sustentándose además por los autores revisados y ci-
tados en el marco teórico.
- c) Las aportaciones de información no sólo de importan-
cia teórica sino terapéutica ya que el conocimiento-
del patrón agresivo del grupo de niños estudiado nos
permite enfocar la terapéutica tanto a los niños co-
mo a los grupos de padres y maestros, semejantes a -
los del grupo estudiado.
- d) La formación de un grupo de niños con DCM lo cual es
difícil en este campo dada la diversidad --
existente en la nomenclatura del cuadro nosológi-
co y de las disciplinas que intervienen en su detec-
ción, diagnóstico y tratamiento.

Finalmente considero que además de las proposiciones an-
teriormente señaladas es importante mayor investigación con-

el Test de Frustración de Rosenzweig en la población mexicana y en lo que se refiere a aspectos estadísticos de dicho instrumento.

TABLA I.

PUNTAJES EN PORCENTAJES DE DIRECCIÓN DE LA AGRESION

Número de Sujetos	E (%)	I (%)	M (%)	INTERPRETACION
1	33	29	38	Impunitiva
2	29	29	42	Impunitiva
3	69	19	12	Extrapunitiva
4	65	14	21	Extrapunitiva
5	71	21	8	Extrapunitiva
6	50	29	21	Extrapunitiva
7	58	17	25	Extrapunitiva
8	75	13	12	Extrapunitiva
9	8	29	63	Impunitiva
10	42	16	42	Extra/Impunitiva
11	63	16	21	Extrapunitiva
12	63	17	21	Extrapunitiva
13	75	21	4	Extrapunitiva
14	42	29	29	Extrapunitiva
15	38	29	33	Extrapunitiva

E = 80 %

M = 20 %

TABLA II. PUNTAJES EN PORCENTAJES DEL TIPO DE AGRESION

Número de Sujetos	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)	INTERPRETACION
1	63	12	25	Pred. Obst.
2	62	21	17	Pred. Obst.
3	29	65	6	Def. Yoica
4	31	58	11	Def. Yoica
5	50	29	21	Pred. Obst.
6	58	25	17	Pred. Obst.
7	27	58	15	Def. Yoica
8	54	29	17	Pred. Obst.
9	67	4	29	Pred. Obst.
10	25	21	54	Pers. de Nec.
11	42	42	16	P-O/Def. Yoica
12	38	37	25	Pred. Obst.
13	54	29	17	Pred. Obst.
14	46	21	33	Pred. Obst.
15	38	29	33	Pred. Obst.

O-D = 73 %

E-D = 20 %

N-P - 7 %

TABLA III. PUNTAJES EN PORCENTAJES DE DIRECCION DE LA GRESION EXTRAPUNITIVA
CORRESPONDIENTE A LOS CASOS 11 CASOS (73%) COMPROBATORIOS DE LA
PRIMERA HA.

Número de Sujeto	E (%)	I (%)	M (%)
3	69	19	12
4	65	14	21
5	71	21	8
6	50	29	21
7	58	17	25
8	75	13	12
11	63	16	21
12	63	17	20
13	75	21	4
14	42	29	29
15	38	29	33

E (%) = 73 %

M (%) = 27 %

TABLA IV. PUNTAJES EN PORCENTAJES DE TIPO AGRESION: PREDOMINIO DEL OBS-
TACULO CORRESPONDIENTE A LOS 11 CASOS COMPROBATORIOS DE LA SE-
GUNDA HIPOTESIS (73 %)

Número de Sujeto	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)
1	63	12	25
2	62	21	17
5	50	29	21
6	58	25	17
8	54	29	17
9	67	4	29
11	42	42	16
12	38	37	25
13	54	29	17
14	46	21	33
15	38	29	33
O - D = 73 %			
E - D = 20 %			
N - P = 6%			

TABLA No. V

FRECUENCIA DE SUJETOS SEGUN LA EDAD CRONOLOGICA

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULATIVA	PORCENTAJE
6	4	4	26.66 %
7	3	7	20.00 %
8	0	0	0.00 %
9	2	9	13.33 %
10	6	15	40.00 %

N = 15

X = 8.2

TABLA No. VI

FRECUENCIA DE SUJETOS SEGUN NIVEL DE MADURACION OBSERVADO EN EL BENDER KOPPITZ.

N.DE MAD. EN AÑOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULATIVA	PORCENTAJE
4	1	1	6.66 %
5	8	9	53.33 %
6	4	13	26.66 %
7	0	0	0.00 %
8	2	15	13.33 %

N = 15

X = 5.6

TABLA No. VII

FRECUENCIA DE SUJETOS SEGUN EL GRADO ESCOLAR

GRADO DE ES COLARIDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULATIVA	PORCENTAJE
1o.	7	7	46.66 %
2o.	0	7	0.00 %
3o.	4	11	26.66 %
4o.	3	14	20.00 %
5o.	1	15	6.66 %

N = 15

TABLA No. VIII

FRECUENCIA DE SUJETOS SEGUN EL COEFICIENTE INTELECTUAL

PUNTAJE	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULATIVA	PUNTAJE
80 - 89	NORMAL TORPE	5	5	33 %
90 - 110	NORMAL PROMEDIO	9	14	60 %
110 - 119	NORMAL BRILLANTE	1	15	7 %

N = 15

M-0036274

TABLA IX. DATOS DEL GRUPO ESTUDIADO SEGUN LOS CRITERIOS DE INCLUSION Y TIPO DE RESPUESTA AGRESIVA.

Sujeto	Edad		Nivel de maduración del Bender Koppitz		Escolaridad	C.I.	Diagnóstico	Dirección de la agresión	Tipo de Agresión
	Años	Meses	Años	Meses					
1	10	1	5	6	3o. Primaria	101	Normal	Impunitiva	Pred. Obst.
2	7	10	5	-	1o. "	98	Normal	Impunitiva	Pred. obst.
3	6	8	5	6	1o. "	84	Normal Torpe	Extrapunitiva	Def. Yoica
4	6	6	5	6	1o. "	101	Normal	Extrapunitiva	Def. Yoica
5	6	-	5	-	1o. "	91	Normal	Extrapunitiva	Pred. Obst.
6	7	6	5	-	1o. "	105	Normal	Extrapunitiva	Pred. Obst.
7	7	2	4	-	1o. "	86	Normal Torpe	Extrapunitiva	Def. Yoica
8	6	11	5	-	1o. "	105	Normal	Extrapunitiva	Pred. Obst.
9	10	6	8	-	4o. "	101	Normal	Impunitiva	Pred. Obst.
10	9	8	5	6	4o. "	89	Normal Torpe	Extrap/Imp.	Pers.de Nec.
11	10	5	8	-	3o. "	87	Norma Torpe	Extrapunitiva	P-O/Def.Yoica
12	10	4	6	-	5o. "	116	Normal Brillante	Extrapunitiva	Pred. Obst.
13	10	10	6	-	3o. "	102	Normal	Extrapunitiva	Pred. Obst.
14	10	6	6	-	4o. "	101	Normal	Extrapunitiva	Pred. Obst.
15	9	11	6	-	3o. "	89	Normal Torpe	Extrapunitiva	Pred. Obst.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajuriaguerra, J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona España; Edit. Toray-Masson, 1980. pp. 398-944.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tercera Edición (DSM-III), Washington D.C. Ed. Masson 1980.
3. Barriga Vázquez, F. Síndrome de disfunción cerebral. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud SEP/IPN Sinaloa-México 1983.
4. Bender, L. Aggression, Hostility and Anxiety in Children. Thomas Ch. Springfield III. 1953.
5. Bender, L. Test Gestáltico Visomotor Buenos Aires-Argentina. Editorial Paidós, 1980.
6. Berrum, M. T. Traducción y Adaptación a México de la Prueba de Rosenzweig. (Tesis de Licenciatura) México UNAM 1966.
7. Boder, E.; Foncerrada, M. Disfunción Cerebral Mínima. Artículo. México.
8. Cardus, S.; Abercambie, L. El Estudio Psicológico en el Diagnóstico Psicológico de la Disfunción cerebral mínima. Neuropediatría Latinoamericana. Argentina Editorial Delta, Vol. I. 1982.
9. Coppari González, N.B. Manejo de la Agresión en Niños con Síndrome del Maltrato. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM. 1984.
10. Cruickshank, W.M. El Niño con Daño Cerebral en la Escuela en el Hogar y en la Comunidad. México, Editorial Trillas, 1976.
11. Cuevas Ocampo, N.E. y Olvera Osorio, J. Comparación de las respuestas ante la frustración de niños y niñas de cuarto año de primaria, mediante el PFT. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM. 1980.
12. Chávez Olvera y Ruíz, P. Hiperactividad. Revista de Sanidad Militar Vol. 30, No. 3, México. 1976.

2011-4
 T-11
 C-2
 4

13. Diversos autores. Diccionario de Términos médicos usados en Medicina. Madrid-España. Editorial Billera 1983, pag. 816.
14. Dollar, F., Miller, M y Sears., F. Frustration and aggression Yale University Press. 1957.
15. Dueñas Calderón, E. y González Barney, M. Estudio Comparativo en Niños con Daño Cerebral de diferente nivel cronológico a través del Test de Bender para niños de E. Koppitz. (Tesis de Licenciatura) México. UNAM. 1975.
16. Fenichel, O. Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. Argentina, Editorial Paidós, 1971.
17. Ferguson, R.g. Some Developmental Factors in Childhood Aggression J. Education. Res. 48. pp. 15-27. 1954.
18. Freud, S., Obras Completas. Más allá del Principio del Placer Madrid Editorial Biblioteca Nueva 1948 (1089-1117)
19. Golden, C.J., y Anderson, S. Problemas de Aprendizaje y Disfunción Cerebral. Buenos Aires-Argentina. Editorial Paidós. 1981.
20. González Castillo, J.M. Principales Manifestaciones del Niño con Disfunción Cerebral Mínima. (Tesis de Licenciatura) México. UNAM. 1975.
21. Hartmann, H., Kris, E. and Lowenstein, R.M. Notes on The Theory of Aggression. Psychoanal. Study Chil. pp. 2-4 1949.
22. Hernández Martínez, M.C. Estudio de la agresión en un grupo de niños Enuréticos. (Tesis de Licenciatura) México. UNAM. 1984.
23. Laplanche, J., y Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona España. Editorial Labor, p. 13, 1979.
24. Laufer, M. D.; Denhoff, E. Hyperkinetic Behavior syndrome in children J. Pediatrics, 50. 1960.
25. Lindsey, G. and Goldwyn, R.M. Validity of The Rosenzweig P-F Study. J. Pers. 22 pp. 15-27. 1984.
26. Merlo, J. L. La violence humaine opposée à l'agressivité animale. Mid et 1968. En Ajuiriaguerra J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona España Editorial Toray-Masson. 1980. pp. 419-420.

27. Montero, L., y Lluch de Pintos, E. Conducta Escolar con Disfunción Cerebral. Neuropediatría Latinoamericana Editorial Deita Vol. I, Núm 1. Argentina, 1972.
28. Nacht, S. Les manifestations cliniques de l'agressivite. Revisita Francesa de Psicoanálisis 1948 12 pp. 331--370. En Ajuriaguerra J. de: Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona-España. Editorial Roray-Masson. 1980 pp. 419-420.
29. Noguez Corona, E. Actitudes de un grupo de madres hacia sus hijos hiperquinéticos. (Tesis de Licenciatura) México. UNAM. 1985.
30. Ochoa, A.S. y Patiño, M.A. Factores familiares e individuales característicos de los menores infractores en el Distrito Federal (Tesis de Licenciatura) México. UNAM. 1981.
31. Osorio y Nieto, C.A. El Niño Maltratado. México, Editorial Trillas. 1980.
32. Padilla Farias, M. E. Análisis Cuantitativo y Cualitativo del Bender Gestal de E. Koppitz en Niños Diagnosticados con Daño Cerebral. (Tesis de Licenciatura) México. UNAM. 1975.
33. Rebollo M. A. Etiología de la Disfunción Cerebral Mínima. Neuropediatría Latinoamericana. Editorial Deita. Vol. I. Núm. I. Argentina. 1972.
34. Reshaw, C.D. El Niño Hiperactivo, La Prensa Médica Mexicana, México. 1977.
35. Rosenzweig, S., and Rosenzweig, L. Aggression in Problem children and anormal as evaluated by The Rosenzweig P-F Study. Abnormal Soc. Psychol. 47, pp. 683-387. 1954
36. Rosenzweig, S. Manual del PFT (Picture Frustration Test) Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós. 1972.
37. Rugia, R. Diagnóstico Clínico de la Disfunción Cerebral Mínima Neruropediatría Latinoamericana. Editorial - Deita Vol. I., Argentina. 1972.
32. SEP-FONAPAS. Dirección General de Educación Especial. Base para una política de Educación Especial. México. 1981.
39. Siegel, S. Estadística No Paramétrica Aplicada a las ciencias de la Conducta. México, Editorial Trillas, 1972.

40. SSA. Subdirección de Asistencia, Dirección General de Rehabilitación. Registro Nacional de Inválidos, Reporte de los primeros cinco mil casos notificados Departamento de Estadística México. 1976.
41. Strauss, A., Kephart, C.N., Lehtinen E., y Goldenber, S. Psicopatología y Educación del niño con Lesión Cerebral. Argentina, Editorial Eudeba. 1969.
42. Telma Reca; Sperier, A., y Cols. Temas de Psicología y Psiquiatría de la Niñez y Adolescencia. Argentina. Editorial Buenos Aires. 1975.
43. Tlatempa Aquino, E. Algunos Aspectos de la Detección de Disfunción Cerebral en Niños en Edad Escolar. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM. 1978.
44. Velazco Fernández, R. El Niño Hiperquinético. Los Síndromes de Disfunción Cerebral. México. Editorial Trillas 1974.
45. Weiss Bakas, N. La influencia en la familia del niño en Disfunción General mínima. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM. 1975.
46. Wender, P.H. Some Speculations concerning a possible disturbed children Br. JPsychiat. 114, Pág. 593-611. 1968.
47. Wallon, H. Les Origines du caractère chez l'enfant. PVF. Paris 1934. En Ajuriaguerra J. de Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona, España. Editorial Toray-Masson, 1980. pp. 398-944.
48. Zamora Contreras, E. La disfunción cerebral en niños a través del Bender, Benton y Wisc. (Tesis de Licenciatura) México. UNAM. 1980.