



42  
**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
CAMPUS IZTACALA**

**FUNCION DEL PSICOLOGO EN UN CENTRO  
DE ATENCION PSICOPEDAGOGICA DE  
EDUCACION PREESCOLAR**

289956

**REPORTE DE PRACTICAS  
PROFESIONALES**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
PRESENTA:  
REMEDIOS FATIMA CONTRERAS ROMERO**

**ASESOR: DR. SERGIO LOPEZ RAMOS**

**TLALNEPANTLA, EDO. DE MEX.  
2001**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Dedico esta Tesis a:

Todos los niños que participaron de este trabajo, compartiendo una pequeña parte de su vida.

A mi papá, por brindarme la fuerza y entusiasmo para continuar y sobre todo por su cariño.

A mi mamá, por su apoyo incondicional, su gran corazón que ha cultivado mi espíritu y su infinito amor.

A mi gran maestro Sergio López Ramos por ayudarme a recuperar el amor a la vida y mostrarme un camino sin dolor ni culpas, construido con entrega, amor y trabajo.

A mi esposo Arturo con todo mi amor por caminar a mi lado y construir esta realidad.

A mi hija Paola por su comprensión durante el desarrollo del trabajo y por ser lo mas grandioso que me ha sucedido en la vida.



## Agradecimientos:

A mis hermanos Beto y Leslie por nuestros juegos, peleas y enseñanzas que hemos vivido a lo largo de nuestra vida y por brindarme los mejores momentos.

A mi Tio Jorge, por su ejemplo de lucha.

A mis amigos de CIAPTA por formar parte de este sueño brindándome su compañía y afecto a: Lucila, Carlos, Alfonso, José.

A Liliana, Guadalupe y Blanca por su amistad y cariño que trascendió a nuestra formación Universitaria.

A mis compañeros de CAPEP y en especial a Laura, Lucy Gutierrez, Araceli y Martha Sierra.

A mis Asesoras Arcelia e Irma por su confianza y apoyo.



## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>6</b>

### **CAPITULO I. LA EDUCACION ESPECIAL.**

<b>1.1 Antecedentes de la educación Especial.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Alteraciones en el desarrollo del niño.....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Problemas de aprendizaje.....	14
1.2.2 Trastornos de conducta.....	18
<b>1.3 Psicología del desarrollo Infantil.....</b>	<b>24</b>
1.3.1 Teorías del desarrollo.....	24

### **CAPITULO II. EL CONTEXTO DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR EN MÉXICO.**

<b>2.1 La Educación Preescolar.....</b>	<b>30</b>
2.1.1 Antecedentes de la Educación Preescolar.....	30
2.1.2 Los propósitos y contenidos de la Educación Preescolar.....	34
<b>2.2 Surgimiento del Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (C.A.P.E.P). .....</b>	<b>44</b>
2.2.1 Antecedentes.....	44
2.2.2 Funcionamiento del C.A.P.E.P.....	46
2.2.3 C.A.P.E.P Coacalco.....	49
<b>2.3 Modalidades de atención que brinda el C.A.P.E.P.....</b>	<b>55</b>
<b>2.4 Perfil del niño en el C.A.P.E.P.....</b>	<b>63</b>
2.4.1 Evaluación y perfil del niño.....	63
2.4.2 Detección, Evaluación y Diagnóstico.....	68

## **CAPÍTULO 111. LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO DENTRO DEL C.A.P.E.P.**

<b>3.1</b>	<b>Actividades que realiza el psicólogo.....</b>	<b>73</b>
3.1.1	Actividades del Psicólogo que realiza estudio Psicométrico.....	75
3.1.2	Actividades del Psicólogo que proporciona Atención.....	80
<b>3.2</b>	<b>Resultados obtenidos durante su función.....</b>	<b>88</b>
<b>3.3</b>	<b>Alcances y limitaciones en el área de Psicología.....</b>	<b>95</b>

## **CAPITULO IV. ALTERNATIVAS Y PROPUESTAS.**

<b>4.1</b>	<b>Programa de Acupuntura con niños que asisten a C.A.P.E.P....</b>	<b>100</b>
4.1.1	Justificación y función del psicólogo.....	104
<b>4.2</b>	<b>Metodología propuesta.....</b>	<b>106</b>
<b>4.3</b>	<b>Recolección de datos.....</b>	<b>114</b>
4.3.1	Etapa de sensibilización.....	114
4.3.2	Etapa de diagnóstico.....	114
4.3.3	Etapa de tratamiento.....	116
<b>4.4</b>	<b>Análisis de resultados.....</b>	<b>119</b>

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>130</b>
--------------------------	------------

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>135</b>
--------------------------	------------

<b>ANEXO 1.....</b>	<b>141</b>
---------------------	------------

<b>ANEXO 2.....</b>	<b>143</b>
---------------------	------------

<b>ANEXO 3.....</b>	<b>144</b>
---------------------	------------

<b>APENDICE.....</b>	<b>145</b>
----------------------	------------

## **RESUMEN**

El presente reporte de prácticas profesionales, tiene como objetivo describir la función del psicólogo en un Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar. El psicólogo en esta institución realiza evaluación y atención a niños que presentan leves alteraciones en su desarrollo. Se analizan los alcances y limitaciones de su función, planteándose un cambio en la concepción integral que se tiene del niño preescolar, y se propone como alternativa un programa de acupuntura para atender los problemas de aprendizaje y conducta que manifiestan los niños canalizados.

## INTRODUCCION

La educación en México se encuentra en crisis al no dar respuesta a las tendencias mundiales de la escuela integradora y el respeto a las diferencias.<sup>1</sup>

Esta crisis la vivimos cotidianamente quienes laboramos en los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (C.A.P.E.P.) al enfrentarnos a niños que presentan dificultades de aprendizaje y trastornos en su conducta, los cuales se han incrementado en los últimos años contando con un alto índice de fracaso escolar.

Este aumento se debe en gran medida a la pobreza extrema que vive el país, a una crisis de identidad y valores, la ausencia de la figura materna inserta ahora en el ámbito laboral, y un modelo educativo carente de estructura que dé respuestas educativas acordes a la demanda.

Ante esta realidad, la Educación Especial ha sufrido cambios en su estructura y organización para satisfacer las necesidades de los niños. Este reporte muestra un panorama de lo que ha sido el nacimiento de la educación especial y la conceptualización de la deficiencia del niño, describe la función del C.A.P.E.P. y la labor que desempeña el psicólogo en esta institución realizando un análisis de su actuar, así como los resultados obtenidos a lo largo de un año de trabajo con niños con lesiones leves en su desarrollo. Se propone un programa de atención con la terapia de Acupuntura que permita un enfoque integral de los mismos.

En el primer capítulo se realiza un panorama general del nacimiento de la educación especial regida por los paradigmas dominantes de la época que daban una explicación del mundo, permeando y definiendo la deficiencia del niño y su

---

<sup>1</sup> Guajardo, Elisco "Integración e inclusión como una Política Pública Educativa en América Latina y el Caribe". Méx., 1988. P.7.

atención. Se describen los problemas de aprendizaje y conducta planteando su definición etiología y tratamiento, así como las teorías de desarrollo más sobresalientes en el estudio del niño.

En el segundo capítulo se habla sobre la educación preescolar en México con la finalidad de contextualizar el servicio de C.A.P.E.P. Se describe ampliamente el funcionamiento, operación y atención que se brinda a los niños preescolares que presentan alteraciones leves en su desarrollo.

En el tercer capítulo se define la actividad del psicólogo así como los resultados obtenidos, alcances y limitaciones logradas a través de un año de trabajo en C.A.P.E.P. Lo cual permitió plantearse mejoras en su intervención y proponer alternativas para optimizar los resultados.

En el cuarto capítulo se plantea un programa de acupuntura que se realizó con niños del grupo de estimulación múltiple en C.A.P.E.P Coacalco, con la finalidad de trabajar su energía en pro de facilitar su proceso de enseñanza - aprendizaje, reducir trastornos de conducta y mejorar su salud.

El programa propuesto cuenta con el respaldo de anteriores intervenciones reportadas en un estudio realizado con niños mexicanos con problemas de aprendizaje, en donde se coincidió en muchos de los casos con los efectos logrados<sup>2</sup>; así como la incorporación de la acupuntura en un programa de educación especial, donde se lograron rehabilitaciones importantes en sus impedimentos físicos y una madurez emocional.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> López, Sergio "Acupuntura y Psicología: una búsqueda en la intervención de las alteraciones psicológicas". UNAM, ENEP Iztaçala, 1988. Ed. UNAM. P.14.

<sup>3</sup> López, y Colaboradores "Zen. Acupuntura y Psicología" CEAPAC. ED. Plaza y Valdés, Mex., 1997. P.345.

Por último en las conclusiones se habla de la educación especial, la inoperatividad del modelo clínico que sustentan los C.A.P.E.P's, enfocando la atención a una reconceptualización de la atención del niño, considerando el vínculo del cuerpo con las emociones en el proceso de aprendizaje, que de respuesta a sus demandas. Se propone incluir la terapia de Acupuntura por sus nobles principios y su efectividad comprobada en los trastornos que nos ocupa.

# CAPITULO I

## LA EDUCACION ESPECIAL.

### 1.1 Antecedentes de la Educación Especial.

La educación especial ha evolucionado conforme a las concepciones científicas generadas a través del tiempo; durante la edad media se consideraba las personas con algún déficit como poseídas por espíritus, sometiéndolas a exorcismos y en algunos casos a la hoguera, es la época del llamado "oscurantismo psiquiátrico", que sostenía la presencia de causas sobrenaturales en todo comportamiento anormal, a éste le sigue el periodo correspondiente a los siglos XVI y XVIII, caracterizado por el llamado "naturalismo psiquiátrico", donde los desórdenes del comportamiento humano comienzan a explicarse en la naturaleza misma y no en hechos externos a ella.<sup>1</sup>

Será en el siglo XIX cuando se consolida la enseñanza de educación especial. De 1800 a 1900 en Europa comienzan a crearse instituciones especiales dedicadas a la atención y enseñanza de ciegos, sordomudos y personas con retraso mental. Con ello se formó una opinión pública favorable hacia los derechos y posibilidades de educación de éstas personas.

Sin embargo, con las aportaciones de los estudios sobre la genética se reactivaron las actitudes sociales negativas y contribuyó a reafirmar la institucionalización como la mejor alternativa para los sujetos deficientes. A este respecto, los estudios realizados por H. Goddard (1866 – 1957) concluyen que la debilidad mental se producía por transmisión genética. Asimismo, llegó a considerarse que

---

<sup>1</sup> Illán, Nuria. "Didáctica y organización en Educación Especial". Colección Educación para la Diversidad. Ediciones Aljibe. España, 1996. P. 13-15.

la debilidad mental era un factor importante en el origen de la delincuencia, la prostitución, la difusión de enfermedades venéreas, etc.

Todas estas nuevas concepciones influyeron en la educación y actitudes hacia las personas deficientes, provocando una nueva concepción y valoración de las mismas. A partir de ese momento, los débiles mentales fueron considerados como un peligro para la sociedad, se instituyeron centros alejados de las ciudades donde eran internados en condiciones poco favorables, con el objeto de ofrecerles un mejor y adecuado entorno.<sup>2</sup>

La aparición de instituciones especiales de educación en México surge en el periodo presidencial de Benito Juárez, quien fundó en 1867 la escuela nacional para sordos y en 1870 la escuela nacional de ciegos. A partir de este hecho, se marca el desarrollo de las instituciones de educación especial en el país.<sup>3</sup>

La educación especial como un sistema educativo paralelo al sistema educativo ordinario, trae consigo una visión dualista de la educación bajo criterios de racionalidad y cientificidad. La consecuencia más inmediata de ello es la necesidad de clasificar a los alumnos y en segunda instancia; la especialización como base para la prestación de servicios educativos.

La clasificación de los alumnos ha sido una práctica habitual en el ámbito de la educación especial; sobre todo, por su estrecha relación al ámbito médico a la hora de explicar las dificultades de los sujetos. Así, desde el modelo médico las dificultades que un alumno presentaba podían ser explicadas por anomalías biológicas subyacentes en el individuo.

---

<sup>2</sup> Illán, Op. Cit. P. 16-20.

<sup>3</sup> Sánchez, P., Cantón, M., Sevilla, D. "Compendio de Educación Especial". Ed. El Manual Moderno, S.A de C.V. México, D.F. 1997. P. 4.

Esta tendencia, llevó a la aplicación masiva de distintas pruebas en las que se medían en forma prioritaria el nivel intelectual del alumno. Desde esta concepción, la creación de grupos homogéneos pretendía hacer más fácil, más racional y más eficaz la labor del maestro.

La creación de la primera prueba de inteligencia fue de Binet (1905) que permitió contar con un instrumento objetivo capaz de diferenciar a los alumnos cuyo nivel intelectual era normal, de aquellos que no lo eran. Con Binet a la cabeza, aparecen una serie de autores (Binet y Simón, 1908; Stern, 1912; Cattell, 1947; Stanford-Binet, 1960; Wechsler, 1955, 1967) cuyos trabajos de investigación desarrollados sobre la medición de la inteligencia forman parte del modelo de evaluación de corte psicométrico.

La especialización cobró importancia a partir del auge de la psicometría cuando comenzaron a formarse grupos homogéneos según su habilidad y sobre la base de sus deficiencias; bajo esta lógica llegan a crearse aulas especiales que requieren de programas, métodos y servicios diferenciados. Así, lo que en un principio surgió dentro del sistema educativo ordinario y con ánimo de evitar el fracaso escolar, produjo la creación de un subsistema educativo paralelo, con la conceptualización (característica de este periodo) sobre los deficientes como enfermos que había que curar y rehabilitar.

Se pensaba que el hecho de agrupar idénticas deficiencias en un centro, favorecería una intervención altamente especializada y por tanto, los éxitos educativos serían mayores. Este modelo de intervención de corte médico no sólo aportó instrumentos diagnósticos sino también planes de intervención. Es así, como la clasificación y posterior intervención de los alumnos fueron

desarrollándose según criterios etiológicos, especializados, y no según sus necesidades educativas.<sup>4</sup>

A partir de los años 60's y especialmente en la década de los 70's, se impulsa un profundo cambio en la concepción de la deficiencia y la educación especial ya no se estudia la deficiencia como un fenómeno autónomo propio de un alumno, sino que se le considera en relación con los factores ambientales y con la respuesta educativa más adecuada. La mayor o menor deficiencia se contempla vinculada estrechamente con la mayor o menor capacidad del sistema educativo para proporcionar recursos apropiados.

Los limitados resultados que la mayor parte de las escuelas especiales obtenían, la heterogeneidad de alumnos y al mismo tiempo las dificultades de integración social posterior de éstos, contribuyeron en que se pensara que podrían existir otras formas de escolarización.

Estos factores impulsores de cambio han ido constituyendo una nueva forma de entender la deficiencia desde la perspectiva educativa. Los dos elementos más relevantes de esta nueva aproximación pueden encontrarse, desde el punto de vista conceptual, en el término de necesidades educativas especiales, que intentan sustituir al tradicional lenguaje de la deficiencia.

Esta nueva concepción no niega que los alumnos tienen problemas específicamente vinculados a su propio desarrollo. Un niño ciego, sordo o con una parálisis cerebral presenta inicialmente unas dificultades que no tienen sus compañeros. Sin embargo, el acento está ahora en la capacidad del centro educativo para ofrecer una respuesta a sus demandas.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Illán. Op.cit p.22.

<sup>5</sup> Marchesi, A., Coll, C., Palacios, J. "Desarrollo psicológico y Educación". Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar. Editorial Alianza. P.17-20.

Mientras tanto en México se reconoce durante el sexenio del Presidente Luis Echeverría (1970-1976) la problemática de la deserción escolar en el país (48% aproximadamente sólo en el nivel primaria) y se crean los centros de atención psicopedagógica conocidos como C.R.E.E (Centros de Rehabilitación y Educación Escolar), los cuales atendieron a niños con requerimientos de educación especial.

Posterior a éste surgieron otros centros de educación especial brindando atención en dos modalidades de servicio según las necesidades que requieren los alumnos:

- a) El primero abarca a personas cuyas necesidades de educación especial son indispensables para su integración y normalización, comprendiendo las áreas de retraso mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales; la atención se brinda en las escuelas de educación especial, centros de rehabilitación y educación especial y centros de capacitación de educación especial.
- b) El segundo grupo incluye a personas cuya necesidad de educación especial es complementaria al proceso educativo regular, y comprende las áreas de problemas de aprendizaje, lenguaje y conducta; la atención se brinda en unidades de grupos integrados, centros psicopedagógicos y centros de rehabilitación y educación especial.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Sánchez, Cantón, Sevilla. Op.cit. P. 5.

## **1.2 Alteraciones en el desarrollo del Niño.**

En este apartado se desarrollan básicamente dificultades de aprendizaje y problemas de conducta por considerarse los más representativos en la atención complementaria que brindan los centros de Educación Especial, en el que se basa este reporte de trabajo.

### **1.2.1 Problemas de aprendizaje.**

Los niños que requieren educación especial generalmente presentan dificultades para aprender, asociadas a bajo rendimiento escolar. En México, el bajo rendimiento escolar es un grave problema social, se estima que alrededor del 12% de los niños de primaria reprueba cada año y que cerca de 30 niños que inician la escuela primaria no la termina.

En la actualidad se ha ampliado la investigación en los problemas de aprendizaje con la finalidad de especificar criterios para definir cada uno de los diferentes tipos de discapacidades o trastornos de aprendizaje, por ello es importante hacer una diferenciación entre trastorno y problema de aprendizaje. Se considera trastorno cuando el niño presenta un conjunto de aspectos físicos, psicológicos y sociales que le impiden funcionar adecuadamente en la casa o en la escuela. El término trastorno connota una disfunción de componentes biológicos y psicológicos. En consecuencia, el concepto problema es una situación de desajuste, malestar, incapacidad o retraso en el cumplimiento de las expectativas para un niño. Aunque un problema puede ser ocasionado por un trastorno, estos conceptos no son sinónimos y las implicaciones diagnósticas, de intervención y de pronóstico, serán diferentes.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Sánchez. Cantón, Sevilla. Op. Cit. P. 25.

### Características de las dificultades de aprendizaje.

<b>Trastornos en la percepción</b>	Se definen como la incapacidad de identificar, discriminar, interpretar y organizar las sensaciones, los más frecuentes son: alteración en la percepción de las formas y percepción del espacio.
<b>Trastornos en la atención</b>	Existe la atención insuficiente y excesiva. La primera es la incapacidad de apartar los estímulos extraños y superfluos, independientemente de la tarea que el niño esté llevando a cabo; la segunda ocurre cuando el niño muestra fijaciones anormales de la atención en detalles triviales, pasando por alto los aspectos esenciales.
<b>Trastornos en la memoria</b>	Suelen presentar deficiencias en la memoria auditiva o visual como; dificultad para escuchar sonidos que han escuchado anteriormente, significado de palabras, nombres de objetos; en la lectura dificultad para asociar los sonidos con los símbolos gráficos, dificultades de reconocimiento y de recuerdo, incluso de las letras impresas y de los números.
<b>Trastornos en la actividad motora</b>	Hiperactividad: Movimiento continuo, atención dispersa, muy impulsivos, tienen gran variabilidad en sus respuestas, memoria y coordinación visomotora pobre, baja autoestima, llantos y rabiets frecuentes. Hipoactividad: Actividad motora insuficiente, comportamiento tranquilo, letárgico y pasan inadvertidos. Carencias en la coordinación: Torpeza física y falta de coordinación motora como correr, agarrar pelotas, saltar. Dificultades en el equilibrio y posturas. Perseverancia: Consiste en la continuación automática y frecuentemente involuntaria de un comportamiento expresivo. Aparece en el habla, la escritura, la lectura y el dibujo.
<b>Trastornos en el lenguaje</b>	Afásicos: Sobreviene como consecuencia de una lesión en el sistema nervioso central. Estas alteraciones interfieren y perturban el lenguaje en la forma simbólica, mientras que existen otras perturbaciones más elementales que sólo afectan a los comportamientos motores del lenguaje (disartrias), procesos de fonación (disfonías) o inervación fluida del acto de hablar (tartamudeo). Trastornos del habla: Consisten en una ausencia de la misma cuando el sujeto ha llegado a la edad usual en que ésta debe manifestarse, sin que exista causa patológica manifiesta.
<b>Trastornos de la personalidad</b>	Los trastornos más frecuentes son: Tensión nerviosa, ansiedad, inestabilidad emocional, dificultades para mantener la atención, reacciones comportamentales bruscas y desconcertantes, poco control de sí mismos, inquietud y desobediencia, bajo autoconcepto y autoestima.

Tabla 1. Clasificación según Myers y Hammitl<sup>8</sup> categorías no excluyentes entre sí, con los rasgos característicos que pueden estar presentes en el niño con dificultades en el aprendizaje.

<sup>8</sup> Citado en Sánchez, A., Torres, J. Coordinadores. "Educación Especial II. Ambitos específicos de Intervención". Ediciones Pirámide. Madrid, 1997. P. 23 -27.

## ❖ Etiología:

Desde el punto de vista etiológico las dificultades del aprendizaje escolar pueden emplear distintos factores como causas explicativas; los estudios de Kirk y Chalfant<sup>9</sup> (1984) diferencian entre:

1. Factores fisiológicos:
  - Disfunción cerebral.
  - Determinantes genéticos.
  - Factores bioquímicos.
  - Factores endocrinos.
  
2. Factores socioculturales:
  - Malnutrición.
  - Carencias de experiencias tempranas en ambientes favorables.
  - Código lingüístico familiar restringido.
  - Valores y estrategias educativas no adecuadas en la familia.
  
3. Factores institucionales:
  - Deficiencias en las condiciones materiales de la enseñanza.
  - Planteamiento incorrecto del proceso de enseñanza – aprendizaje.

En lo que respecta a los factores fisiológicos por una disfunción cerebral puede producirse a partir de acontecimientos desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento según el momento en que actúan, éstas pueden dividirse en: las que afectan al producto mientras permanece en el útero (preparto), las que lo hacen durante el parto (periparto), y las que afectan al niño

---

<sup>9</sup> Citado en Sánchez, y Torres. Op. Cit. P. 22, 23.

después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de vida (postparto) siendo ésta la mas frecuente.

#### Factores fisiológicos de la disfunción cerebral.

Factores prenatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis.</li> <li>- Anoxia del producto en útero producida generalmente por: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.</li> <li>- Hemorragia cerebral en el producto producida por toxemia del embarazo o trauma directo.</li> <li>- Exposición excesiva a los rayos X.</li> <li>- Disturbios metabólicos, especialmente la diabetes. Factor Rh.</li> </ul>
Factores perinatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anoxia neonatal producida por: obstrucción mecánica respiratoria, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa, e hipotensión pronunciada.</li> <li>- Sufrimiento fetal ocasionado por: aplicación deficiente del fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos, etc.</li> </ul>
Factores post-natales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tosferina, el sarampión, la escarlatina y las neumonías, también la encefalitis y la meningitis.</li> <li>- Traumatismos craneanos.</li> <li>- Secuelas debido a incompatibilidad del factor Rh.</li> <li>- Neoplasias cerebrales.</li> <li>- Anoxias accidentales pasajeras.</li> </ul>

**Tabla 2.** Se presentan todas son las causas que se han identificado como responsables de los cambios estructurales y bioquímicos que a su vez son los principales antecedentes causales del síndrome.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Velasco, Rafael "El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral". Edit. Trillas, México 1983.

### 1.2.2 Trastornos de conducta.

Entre las alteraciones que afectan más comúnmente a los alumnos en la etapa preescolar y primaria se encuentra el **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)**.

En México, el TDAH es una alteración relativamente desconocida en el ámbito educativo y muchos maestros no le reconocen una base biológica importante ni que haya que referir a estos niños a los servicios de salud para su atención y tratamiento farmacológico. Asimismo, muchos neurólogos y pediatras manejan esta alteración sin ver sus implicaciones educativas.<sup>11</sup>

Anteriormente el TDAH era reconocido con muchos términos tales como; lesión cerebral, síndrome Strauss, disfunción cerebral mínima, síndrome hiperquinético, hiperactividad.<sup>12</sup>

La DSM-III -R (clasificación diagnóstica, 1988) define al TDAH por un conjunto de síntomas que se caracterizan por una falta de atención, hiperactividad e impulsividad que se manifiesta en la escuela, la casa y otras situaciones sociales.

Según Velasco (1992), Gargallo (1991), Vallet (1980) y ratificado por los manuales DSM-III-R (1988) y el DMS-IV (1994), este trastorno es muy frecuente, se presenta entre el 3 y 5% de la población infantil, afectando más a los niños que a las niñas.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Sánchez, Cantón, Sevilla. Op. Cit. P. 39.

<sup>12</sup> Sánchez y Torres. Op. Cit. P. 185.

<sup>13</sup> Sánchez, Cantón, Sevilla. Op. Cit. P. 40.

SINTOMATOLOGÍA BÁSICA <sup>14</sup>

Inatención	Impulsividad	Hiperactividad
Son menos capaces de mantener el mismo grado de compromiso en la tarea que otros niños.	Son impacientes, les cuesta mucho respetar el turno e interrumpen constantemente a los otros.	Excesivo movimiento corporal que se traduce en una actividad casi permanente e incontrolada que se caracteriza por no tener una meta concreta y por aparecer en los momentos más inoportunos.
No pueden prestar atención suficiente a los detalles.	Sufren accidentes al realizar acciones sin pensar los peligros que conllevan.	Su energía la dirige hacia tareas y objetivos diferentes a los encomendados por sus padres y profesores.
Pierden su concentración en tareas rutinarias.	No reflexionan sobre distintas alternativas disponibles.	Falta de flexibilidad y cierto grado de rigidez.
Sus trabajos suelen ser sucios y desordenados.	La impulsividad no disminuye con la edad, como ocurre con la actividad.	Sufren caídas y tropezones frecuentes.
Cambian de una actividad a otra sin terminar ninguna de ellas.	Incumplimiento de normas básicas del hogar o la escuela.	Suelen ser torpes ante cualquier actividad que requiera coordinación visomotora.
Pierden el material y olvidan las cosas.	Baja tolerancia a la frustración y autoritarismo.	
Trastornos en el aprendizaje.	Trastornos de ansiedad.	

**Tabla 3.** Características comunes de los niños que presentan TDAH.

En el jardín de niños se presenta con mayor incidencia este trastorno ya que se espera que el niño de cinco años tenga habilidad para mantener la atención, controlar su conducta, dominar sus emociones, medir el tono de voz y dominar sus movimientos como para permanecer sentado por periodos largos. La capacidad de seguir instrucciones, participar en juegos y tareas, reconocer y respetar la autoridad, dar respuestas verbales apropiadas, especialmente saber expresar lo que siente.

<sup>14</sup> Sánchez y Torres. Op. Cit. P. 186.

En este sentido el niño hiperquinético (hoy conocido como TDAH), en el desarrollo de estas habilidades sociales no muestran el desarrollo progresivo esperado. Su adelanto puede ser irregular, aislado, o inexistente, al grado que a los siete años el niño no es capaz de cubrir los requisitos de la escuela primaria.<sup>15</sup>

#### ❖ **Etiología:**

La etiología para el TDAH se desconoce una causa específica, Vallet (1988) determina cuatro áreas como posibles causas de la hiperactividad: expectativas evolutivas, disfunciones neurológicas, causas ambientales y factores psicopedagógicos.

Dentro de las expectativas evolutivas se postula que la hiperactividad es normal en ciertas edades y etapas del desarrollo.<sup>16</sup>

#### ❖ **Diagnóstico y Tratamiento.**

Se emplean como recursos clínicos utilizables, la historia clínica, el examen neurológico, electroencefalograma, las pruebas psicológicas encaminadas a obtener un coeficiente intelectual (c.i) valorando las deficiencias.

No existe un modelo único de intervención en el TDAH. Existen distintas perspectivas relacionadas con los diferentes enfoques del problema que se han sucedido a lo largo del tiempo. Tres son los procedimientos con más vigencia en la actualidad:

---

<sup>15</sup> Renshaw. Domcena "El niño hiperactivo". Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. México 1977.

<sup>16</sup> Sánchez, Cantón, Sevilla. Op. Cit. P. 43.

- 1) El farmacológico; que se basa en la prescripción de psicoestimulantes.
- 2) El conductual, que intenta manipular las contingencias ambientales.
- 3) El cognitivo-conductual, que combina el anterior con la enseñanza de técnicas de autorregulación y de solución de problemas para potenciar el autocontrol.<sup>17</sup>

**El tratamiento farmacológico;** emplea drogas estimulantes como la dextroanfetamina (Dexedrina y el metilfenidato (Ritalin); como sedante el fenobarbital y son considerados instrumentos clínicos valiosos y efectivos en el tratamiento de niños con TDAH.<sup>18</sup>

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos tercios de todos los medicamentos que usan los niños pueden ser de poco o ningún valor.<sup>19</sup>

Aunque los medicamentos como metilfenidato (Ritalin) pueden mejorar el aprendizaje en el corto plazo en algunos niños, no hay información disponible que demuestre concluyentemente que mejoran el proceso de aprendizaje en periodos largos. Estudios de seguimiento indican que estos niños pueden continuar teniendo dificultad en la escuela, exhibir trastornos en el comportamiento y baja autoestima en la adolescencia o inclusive en la adultez.<sup>20</sup>

El uso de metilfenidato no es recomendado por la OMS por lo menos en la práctica general por la frecuencia y severidad de sus efectos adversos. Estos incluyen la pérdida de apetito, pérdida de peso, inhibición del crecimiento, tristeza, irritabilidad, insomnio y cambio de personalidad como desorientación, agresión y

---

<sup>17</sup> Sánchez y Torres. Op. Cit. P. 187.

<sup>18</sup> Renshaw. Op. Cit. P.

<sup>19</sup> Rylance, citado por Chetley. A. "Medicamentos problema". HAI. Europa 1994. P. 21.

<sup>20</sup> Chetley. Op. Cit. P. 236.

psicosis paranoide. Algunas de estas condiciones son aquellas que el metilfenidato supuestamente mejora.

De acuerdo a la E. Merck, el piritinol (encefabol) mejora el suministro de sangre al cerebro y también altera el metabolismo de las células nerviosas para que mejore el consumo de oxígeno y la captación de glucosa. Sin embargo, a pesar de todas las afirmaciones hechas por la Merck la OMS señala que la efectividad del piritinol "no ha sido demostrada".<sup>21</sup>

**Tratamiento conductual:** Las técnicas de modificación de conducta constituyen, junto con las cognitivo conductuales, las intervenciones psicológicas más relevantes para niños con TDAH dentro del sistema escolar. La modificación de conducta aglutina un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para establecer o incrementar las conductas positivas en el caso de niños TDAH conductas de atención y obediencia y reducir o eliminar las conductas negativas, conductas disruptivas o hiperactivas.

En general, el proceso que se sigue en los programas de intervención conductuales consisten en cinco pasos: 1) determinar las conductas objeto de modificación; 2) elaborar, a partir de los datos obtenidos mediante registros observacionales, la línea base de dichas conductas; 3) planificar el programa de contingencias especificando con toda claridad los procedimientos a utilizar así como la forma de aplicación; 4) aplicar los procedimientos seleccionados de forma contingente a las conductas que se quieren modificar, y 5) evaluar los resultados comparando los datos del post-tratamiento y los del seguimiento con los del pre-tratamiento o línea base.

---

<sup>21</sup> Rylance, citado por Chettle. Op. Cit. P. 237.

**Tratamiento cognitivo-conductual:** Las técnicas cognitivo conductuales surgieron ante la incapacidad de los procedimientos conductuales para mantener los cambios producidos y conseguir la generalización de los mismos. Estos métodos combinan estrategias cognitivas y técnicas conductuales para enseñar al sujeto procedimientos dirigidos a ejercer el control de su propio comportamiento.

Se basan, fundamentalmente, en tres líneas de investigación: los trabajos realizados por Mischel y colaboradores en los años sesenta señalando la importancia de las estrategias autogeneradas por los niños, como autoinstrucciones y autoalabanzas, para resolver con éxito tareas que exigen autocontrol; los trabajos de Vigotsky y Luria, que destacan el papel del lenguaje en el desarrollo mental y su función de mediador o regulador de la conducta; y, por último, el surgimiento de modelos cognitivos en psicoterapia, como la terapia racional-cognitiva de Ellis o la terapia cognitiva de Beck, que subrayan el rol del pensamiento sobre la conducta y la necesidad de modificarlo para lograr mantener el cambio conductual.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Sánchez y Torres. Op. Cit. P. 189, 194.

### 1.3 Psicología del Desarrollo Infantil.

El creciente interés en el estudio de la infancia, llevó a una serie de explicaciones o teorías sobre el modo en que se desarrolla el niño. Estos intentos teóricos fueron conformando el sustento de las intervenciones y tratamientos en las alteraciones del desarrollo. Para su estudio pueden agruparse en dos grandes grupos o categorías: uno de ellos orientado fundamentalmente a estudiar el curso del desarrollo. Se trata de teorías que consideran el proceso de desarrollo como una sucesión de periodos o fases. El otro grupo está orientado, fundamentalmente, por el contrario, al estudio de la naturaleza del proceso evolutivo y sus principios básicos. Se trata de teorías que niegan la existencia de periodos en el desarrollo, centrándose más bien en los procesos que lo constituyen.

#### 1.3.1 Teorías del desarrollo.

♦ **El desarrollo como sucesión de fases:** Parte del supuesto de que el desarrollo no es continuo ni gradual, sino que introduce en su curso periodos bien definidos. Entre las teorías más conocidas está la psicoanalítica de Freud, la madurativa de Gesell y la genético-cognitiva de Piaget.<sup>23</sup>

➤ **La teoría psicoanalítica** empieza con los trabajos de Sigmund Freud sobre el desarrollo de la personalidad. Pensaba que la energía biológica y la psicológica se localizaban en una zona del cuerpo, y estas zonas del cuerpo cambian a medida que el niño crece; esta idea le llevó a formular la teoría del desarrollo por etapas<sup>24</sup>

Las etapas psicosexuales que plantea Freud las divide en oral, anal y fálica:

<sup>23</sup> Moraleda, M. "Psicología del Desarrollo. Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud". Alfaomega Grupo Editor, S.A de C.V., México, D.F., 1999. P. 3,4.

<sup>24</sup> Bushnell, Irwin. "Perspectivas de los estudios del niño". Barcelona, 1994. P. 45.

**Etapas oral:** corresponde aproximadamente de los 0 a los 2 años. Durante la primera infancia, la energía de la libido (una fuerza motivadora innata) se dirige a la boca y a la parte alta del sistema digestivo del lactante, convirtiéndose la madre el objeto primario de gratificación al proporcionarle alimento con el pecho o biberón. Cuando se inicia el destete sobreviene un conflicto, en cuanto que el niño se ve obligado a renunciar a la fuente primaria de gratificación. La fijación durante esta etapa puede producir un carácter oral-pasivo, es decir una persona dependiente y exigente, o un carácter oral-sádico, una persona sarcástica, independiente, agresiva y hostil.

**Etapas anal:** Corresponde a los dos años en que el niño empieza a caminar. En esta etapa la energía de la libido se dirige a la región anal, cuando el niño empieza a lograr el autocontrol del intestino y la vejiga. Las prácticas de entrenamiento para el retrete proporcionan la base para un conflicto. La fijación en la etapa anal produce un carácter *anal-retentivo*, es cuando se preocupan exageradamente del orden, son suspicaces y rígidos, contraen mucho y presentan diversos patrones de obsesivo compulsivo de conducta. O bien se puede producir un carácter *anal-agresivo* que son lo opuesto; desalinio, la indiferencia a la rutina, y el descuido personal.

**Etapas fálica:** Cubre aproximadamente de los 3 a los 5 años. La fuente de energía de la libido se encuentra en la región anal o la región genital. El conflicto de desarrollo se presenta ahora al pretender identificarse con el adulto apropiado del mismo sexo. A este conflicto con frecuencia se le llama *complejo de Edipo* para los niños y *complejo de Electra* para las niñas. La solución del complejo produce dos resultados claves; primero, echa a andar y prácticamente completa el proceso de identificación con el progenitor del mismo sexo. Segundo, da origen a la aparición del *superego*, que consiste en la conciencia y el ego ideal.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Fitzgerald, H., Strommen, E., McKinney, J. "Psicología del Desarrollo. El Lactante y el Preescolar". Traducido por Pedro Rivera. Editorial El Manual Moderno. S.A de C.V. México, D.F., 1998. P. 9.10.

Freud creía que la personalidad básica del individuo se constituye a temprana edad, hacia los cinco años. Un discípulo de Freud llamado Erik Erikson extendió las etapas psicosexuales de Freud para incluir lo que llamó aprendizaje psicosocial que se produce en distintos periodos del desarrollo del individuo.

Erickson ve cada estadio como temor a una crisis psicosocial a resolver más que una zona que sea centro de placer, considera a la infancia como la época en que los niños aprenden a confiar o desconfiar en los que están a su alrededor. Este sentido de confianza prepara al niño para entrar en una conducta autónoma y de propia iniciativa.<sup>26</sup>

➤ **Teoría madurativa de Gesell:** Para Gesell (1880 – 1961) la maduración ocupa un lugar preponderante en la concepción del desarrollo. La maduración está ligada en primer lugar al desarrollo nervioso y en segundo lugar a la noción de constitución.

El niño posee tendencias y rasgos constitucionales, la mayor parte innatos, que determinan hasta cierto punto qué y cómo se puede aprender. Estos rasgos y tendencias son a la vez raciales y familiares. El niño toma posesión de esta doble herencia por el proceso de maduración.

Esta importancia por la maduración no excluye la influencia del medio y en particular del medio social. Los factores internos y los factores externos son inseparables. Maduración y medio social se compenetran e interrelacionan desde el nacimiento. El crecimiento humano según Gesell es sensible a las influencias culturales a partir del nacimiento. La personalidad comienza a tomar forma bajo la influencia de otras personalidades.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Bushnell, Op. Cit. P. 46.

<sup>27</sup> Moraleda. Op. Cit. P. 6.

➤ **Teoría genética - cognitiva:** El psicólogo suizo Piaget dedicó toda su vida a la investigación concentrada y persistente del desarrollo del pensamiento y el aprendizaje en los niños, y su obra ha sido difundida en el mundo, como lineamientos que sustentan la educación de los niños.

Los descubrimientos de Piaget iban dirigidos a descubrir cómo aprenden los niños, basando sus estudios en interrogaciones, observaciones y ofreciéndoles tareas de sencillas a complejas. Los interrogatorios y tareas fueron agrupados en diferentes áreas de comprensión intelectual como; lenguaje, conceptos matemáticos y moral.

El minucioso estudio de los niños hecho por Piaget, dio indicios de ciertas universalidades en el pensamiento y aprendizaje de los niños. El primero de éstos es la existencia de una secuencia de desarrollo en cada área importante de la comprensión, secuencia por la cual pasan todos los niños. Lo interesante de este descubrimiento, para la educación, es que cierto tipo de conceptos no pueden ser comprendidos por los niños antes de haber alcanzado cierto grado de madurez, y el momento exacto en que empiezan y terminan las etapas o secuencias varía en cada niño. Se cree que el tipo y calidad de la experiencia de un niño, tiene efectos sobre la maduración y explica hasta cierto punto el surgimiento temprano o tardío de una etapa determinada. Las experiencias apropiadas parecen ayudar a los niños a alcanzar la siguiente etapa de comprensión más temprano que si sencillamente hubiesen madurado.<sup>28</sup>

Los periodos que propone Piaget son: sensoriomotor (del nacimiento hasta los 18-24 meses); preoperativa (de los 2 a los 5-7 años); de operaciones concretas (de los 6 a los 11-12 años); y de operaciones formales (de los 12 ó 13 años en adelante). El paso de una etapa a la siguiente es un factor de equilibración. Piaget concibe entonces el desarrollo como un proceso continuo de organización y

---

<sup>28</sup> Cohen, D. "Cómo aprenden los niños". Biblioteca para la actualización del maestro. SEP, 1997. Edición autora 1972. P. 87, 88, 114.

reorganización de estructuras, de modo que cada nueva organización integra en sí misma a la anterior. Aunque tal proceso es continuo, sus resultados no lo son; resultan cualitativamente diferentes a lo largo del tiempo. Por tal motivo Piaget divide el curso total del desarrollo en unidades denominadas periodos, subperiodos y estadios.<sup>29</sup>

♦ **Teorías sobre la naturaleza del proceso evolutivo:** Las teorías que se describen se refieren no tanto al curso del desarrollo, sino a su naturaleza y procesos fundamentales.

➤ **Teoría del aprendizaje:** La teoría del aprendizaje se remonta desde Aristóteles, a través de la obra de John Locke (1693) hasta el siglo XX con Pavlov (1968), quien plantea el aprendizaje clásico; Thorndike (1898), aprendizaje instrumental; el operante descrito por Skinner (1959) y el observacional, descrito por Bandura (1977), siendo Watson quien hizo popular la teoría de aprendizaje.

Las teorías del aprendizaje estudian la conducta abierta en un intento de descubrir las leyes que gobiernan el aprendizaje y el comportamiento. Ven el aprendizaje como un producto de factores: asociaciones estímulo – respuesta, refuerzo, modelación, imitación, etc. La modificación de conducta es una aplicación de la teoría de aprendizaje frecuentemente usada en los ambientes educativos y clínicos como medios de cambiar comportamientos indeseables o desviados.<sup>30</sup>

➤ **Teoría de Vygotsky:** Propuso una teoría que denominó “histórico-cultural” y en la que pretendía explicar el desarrollo humano. Vygotsky (1979) afirma que las funciones psíquicas (percepción, atención, memoria, pensamiento), son el resultado de la asimilación individual de los productos de la cultura humana. El desarrollo de estas funciones psíquicas se lleva a cabo en estrecha conexión con

---

<sup>29</sup> Moralceda. Op. Cit. P. 8.

<sup>30</sup> Bushnell. Op. Cit. P. 47.

la formación de nuevas estructuras funcionales del cerebro. Dichas estructuras han sido denominadas por Luria (1976) sistemas funcionales cerebrales y se forman durante la vida del individuo permitiéndole adaptar su conducta a las exigencias de la sociedad.

En el desarrollo psíquico del niño, Vygotsky distingue un área de desarrollo efectivo y otra de desarrollo potencial. Por desarrollo efectivo entiende el conseguido por el niño como resultado de un específico resultado del desarrollo, ya realizado. Este nivel de desarrollo no indica el verdadero estado de desarrollo del niño; con ayuda de los adultos puede imitar un gran número de acciones que superan su capacidad actual; puede hacer mucho más de lo que es capaz con su actitud de acción independiente. La diferencia entre el nivel de las tareas que es capaz de realizar con una actividad independiente y el nivel de las tareas realizables con ayuda de los adultos, define el área del desarrollo potencial del niño. Lo que el niño puede hacer hoy con ayuda de los adultos, lo podrá hacer mañana por sí solo. La enseñanza es la responsable de generar esta área de desarrollo potencial; de estimular y activar los procesos internos en el marco de las interacciones.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Moraleda. Op. Cit. P. 12.

## **CAPITULO II.**

### **EL CONTEXTO DE LA EDUCACION PREESCOLAR EN MEXICO.**

#### **2.1 La Educación Preescolar.**

En el capítulo anterior se describió la evolución que ha tenido la Educación Especial en la atención a niños con alteraciones en su desarrollo, así como las teorías más representativas en el estudio del niño. En el presente capítulo se aborda la educación preescolar desarrollada en forma paralela a la educación especial que tuvo influencia de las teorías imperantes en su momento sobre el desarrollo del niño.

##### **2.1.1 Antecedentes de la Educación Preescolar.**

Los orígenes de la educación preescolar se remontan a Comenio quien fue el primero en sugerir esta idea, y es en su *Didáctica Magna* en donde habla de escuelas maternas, y da consejos a las madres sobre la forma de educar a sus hijos. Comenio propone que el pequeño aprenda a conocer y examinar las cosas por sí mismo, y no por las observaciones que otros hagan por él.

Fue en Francia en donde se hicieron los primeros ensayos de escuelas de párvulos. En 1769, Juan Federico Oberlin funda en la legión de Vosgos las llamadas "Escuelas de calceta", dedicadas a entretener e instruir a los niños de su distrito de acuerdo con el método de Comenio. Las escuelas, en esa época, se abrían exclusivamente con fines caritativos, Oberlin se rodeó de colaboradoras que se fueron formando como: "conductoras de la infancia", nombre que el pastor Oberlin dio a las maestras de las escuelas.

En 1816, Roberto Owen en Escocia, abrió una escuela de párvulos a la que dio el nombre de Infant School, y puso al frente de ella al gran educador Diego Bushanaw, quien comprendiendo verdaderamente las necesidades de los niños, les impartía una enseñanza basándose en excursiones, cantos y juegos al aire libre, y plena observación de la naturaleza.<sup>1</sup>

Fue en 1837 cuando el alemán Friedrich Froebel funda la primera Institución llamada Kindergarten lo que hoy conocemos como Jardín de Niños. Froebel tomó el juego como medio educativo, lo sistematizó y lo organizó con fines educativos. Tenía como objetivo que los niños fueran encausados por los senderos de la educación, con estímulos, ejemplos creadores que modelen su espíritu, templen su verdadera personalidad de acuerdo a su naturaleza individual y vigoricen sus facultades corporales, ejercitando sus sentidos, dar empleo a la mente que despierta. Relaciona a los niños con el mundo de la naturaleza y de los hombres, guiando su corazón y su alma debidamente.<sup>2</sup>

En 1883, el profesor Manuel Cervantes Imaz organizó la primera "Sala de párvulos", en la República Mexicana, que funcionó en la escuela primaria que dirigía. Estableció allí las bases para la educación natural, de acuerdo con las necesidades y tendencias del niño; y, con arreglo a ellas, fundó el jardín de niños nacional. Los méritos y esfuerzos de Cervantes fueron reconocidos por la Secretaría de Justicia e Instrucción Pública, la cual le dio el nombramiento de "Propagador de los jardines de niños en el Distrito Federal".<sup>3</sup>

En el mismo año, el alemán Enrique Laubscher abrió en Veracruz el jardín de niños "Esperanza"; pero, por desgracia, no fue bien acogido. Sin embargo, este

---

<sup>1</sup> Solá, Juan "Pueri Cultura. De acuerdo con los programas de enseñanza normal". México, 1992. Ed. Trillas. P. 233.

<sup>2</sup> Alvarez, c., Torres, C., Garza, M., Arias, E., Pérez, P., Sevilla, E., y González, J. "Educación del Deficiente Mental en México. Discapacidad Intelectual". Sociedad Mexicana para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental. México, D.F. 1998, P. 220.

<sup>3</sup> Alvarez, Torres, Garza, Arias, Pérez, Sevilla, González. Op. Cit. P. 221.

jardín marcó un nuevo camino a la educación de párvulos y fue propiamente el origen del jardín de niños mexicano.

En 1886, se reconoció oficialmente el jardín de niños en nuestro país, como institución preparatoria para la primaria, al ser expedido el Reglamento Constitutivo de la Escuela Normal de Profesores

El 1 de julio de 1903 se estableció en la calle de Paseo Nuevo (hoy Bucareli) el primer jardín de niños, con bases totalmente froebelianas; se le puso el nombre de Froebel y estuvo dirigido por la profesora Estefanía Castañeda. Al año siguiente, se abrió el segundo jardín, llamado "Enrique Pestalozzi", a cargo de la profesora Rosau a Zapata, y de esta manera quedaron, en el año de 1904, establecidos definitivamente los jardines de niños en México, gracias al impulso que les dio Justo Sierra, entonces subsecretario de Justicia e Instrucción Pública.<sup>4</sup>

Mientras tanto en Italia (1938), María Montessori psiquiatra y pedagoga funda un centro en Laren (Holanda); donde su material y mobiliario se adecua a dimensiones pequeñas. Con el fin de que el medio sea propicio; esto es, que el mobiliario, útiles, objetos de observación y medios de trabajo correspondan a las dimensiones físicas y fuerzas del niño. Opina que hay que evitar que la actividad e iniciativa espontánea del niño se ejerzan por casualidad, sin que tengan base o apoyo en la realidad. Por esta razón, todo el material de la Case dei Bambini forma un conjunto que favorece la educación de los sentidos, así como el ejercicio de las actividades motrices y manuales.

El punto esencial de la doctora Montessori es que cuando un niño posea una idea o manifestación que tenga un fin útil, debe ser no sólo permitida, sino observada por el maestro, y favorecida. Para poder obtener resultados satisfactorios ha

---

<sup>4</sup> Solá. Op. Cit. P. 230.

tomado como objeto y fin al niño mismo: "Nuestro fin ha de ser darle a su personalidad su centro, dejarle obrar".

Para ello, la educación no ha de ser, en forma alguna, una mera transmisión de cultura, sino una ayuda para la vida en todas sus expresiones; ha de comenzar al nacer, y durar tanto como la vida. El principio fundamental de su método fue el de la libertad, y de éste surge el segundo, el de la actividad. Éste, unido al anterior principio, implica la autonomía.<sup>5</sup>

Por su parte en el año de 1928 en México, la profesora Rosaura Zapata se hizo cargo como directora de la Inspección General de Jardines de Niños, recién creada. Bajo su dirección, se introdujo el teatro de títeres, la ilustración de los cuentos en la pantalla, ya sea por medio de sombras o por estampas recortadas; se dio gran impulso a la escenificación por los niños, al empleo de las casas de muñecas y al uso del material complementario en la expresión de las ideas del niño. Se creó la ilustración de los centros de interés, como una de las motivaciones para el trabajo; se intensificaron las actividades domésticas; se introdujo la actividad denominada experiencias en la comunidad; se suprimieron los dones froebelianos, sustituyéndoseles por grandes bloques de madera y tablas de diferente tamaño, y se dieron al jardín de niños todas las características que hicieran de él la continuación del hogar, con el sentido de unión, de interdependencia y de cariño que en él reina. También se hicieron esfuerzos por mejorar el curso de educadoras estableciéndose la carrera en seis años.<sup>6</sup>

En lo que respecta a la educación especial en 1935 se abrió la primera escuela para la educación de niños deficientes mentales educables, retomando las experiencias y estudios de educadores como la Dra. Montessori, Ovidio Decroly y el apoyo del Instituto Médico Pedagógico; se elaboraron programas con los

---

<sup>5</sup> Solá. Op. Cit. P. 239.

<sup>6</sup> Solá. Op.Cit. P. 242 – 247.

contenidos de educación regular enriquecidos con técnicas de educación especial como educación fisiológica, formación de hábitos socialmente útiles, ortopedia mental, ortolalia y coordinación motriz fina.

En 1979 se inició un periodo de muchos cambios en educación especial, se tomó en cuenta la edad cronológica así como el coeficiente intelectual para la aceptación y ubicación de los alumnos en las escuelas.

En 1993 la Ley General de Educación, establece que todo individuo que lo solicite tiene derecho a la educación preescolar sin ser un nivel obligatorio, por lo que el Jardín de Niños contará con niños con discapacidad en su población. Sin embargo, los Jardines de Niños oficiales han recibido apoyo desde la creación del Laboratorio Psicopedagógico de Preescolares en 1965, hoy conocido como Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar C.A.P.E.P.<sup>7</sup>

En el siguiente apartado se desarrollarán los propósitos, contenidos y programa de Educación Preescolar Regular con la finalidad de conocer la educación que se imparte en este nivel educativo y lo que se espera del niño de 4 a 6 años; lo cual dará pauta en la identificación de los niños que requieren atención especial.

### **2.1.3 Los propósitos y contenidos de la Educación Preescolar vigente.**

Los propósitos de la educación preescolar, hoy día, se definen en las competencias, que son el conjunto de habilidades y actitudes que los niños adquirirán al asistir al jardín de niños.

La habilidad es definida como la capacidad de realizar una tarea con base en el conocimiento y la experiencia. La actitud como la tendencia a comportarse de

---

<sup>7</sup> Alvarez, Torres, Garza, Arias, Pérez, Sevilla, González. Op. Cit. P. 223. 228.

cierta manera; por ello, las habilidades y las actitudes constituyen maneras de pensar y actuar, adquiriéndose ambas en la experiencia social del sujeto e influencia de los otros.

En la conformación de las habilidades y actitudes están presentes aspectos afectivos y cognitivos. Para adquirir habilidades y actitudes se requiere de la convergencia de tres elementos; el primero de naturaleza biológica y los otros dos de índole sociocultural; los conocimientos y las prácticas habituales.

Los conocimientos son saberes cuya apropiación consciente permitirá consolidar una habilidad o actitud. Las prácticas habituales son las que los niños deben hacer cotidianamente en el jardín de niños a través de diversas actividades en donde ponen en juego los conocimientos adquiridos, las relaciones, las confrontaciones y los descubrimientos.

Los conocimientos y las prácticas habituales no son aislados ni secuenciales, ambos se combinan y relacionan de manera dinámica en función de la habilidad o actitud a lograr, donde la educadora los transforma en experiencias de aprendizaje que permitirán al niño alcanzar los propósitos educativos.

Se describen a continuación algunos propósitos de la educación preescolar, los cuales han sido diseñados a partir de la experiencia de los docentes y del análisis de diversas investigaciones sobre los logros esperables, mediante la intervención pedagógica, en los niños preescolares, además como antecedentes de aquellos que habrá de alcanzar en los primeros grados de la educación primaria.

Propósitos de educación preescolar:

1. **Mostrar una imagen positiva de sí mismo:** Este propósito se refiere a la necesidad de que el niño adquiera seguridad y confianza de sus capacidades.

Implica la aceptación y aprecio de su persona; es decir, considerarse a sí mismos como seres valiosos. La autoimagen se construye a partir del trato que reciben de las personas con quienes interactúan (su familia, maestras y compañeros) del reconocimiento y consideración que hagan los otros sobre su persona.

2. Respetar las características y cualidades de otras personas sin actitudes de discriminación sexual, étnica o cualquier otro rasgo diferenciador: Se refiere a la necesidad de que la población infantil, desde sus primeros años, aprenda a reconocer el valor propio y de los otros, así como la igualdad de derechos y oportunidades para participar y progresar, como elementos primordiales para convivir armónicamente.
3. Establecer el respeto y la colaboración como formas de interacción social: Menciona la necesidad de que los niños sean capaces de reconocer las normas que regulan su comportamiento al interactuar con los demás para establecer relaciones armónicas, de encontrar en el diálogo la vía de solución de los conflictos y de asumir la responsabilidad de sus propios actos. Establece la colaboración como forma de convivencia en un grupo social y que la participación de todos contribuye a obtener beneficios colectivos.
4. Explicar y argumentar diversos acontecimientos de su entorno a través de la observación, la formulación de hipótesis, la experimentación y la comprobación: Es necesario que los niños preescolares enfrenten la realidad con una actitud de búsqueda de explicaciones, de no creerlo todo, de no conformarse y no conocer más. Esto permite que amplíen sus conocimientos de la realidad y posibilita que, paulatinamente, comprendan las causas y efectos de los fenómenos naturales y sociales que acontecen en su entorno.

5. **Manifestar actitudes de aprecio por la historia, la cultura y los símbolos que nos representan como nación:** Apreciar la historia y la cultura permite al niño entender que existen sucesos que modifican la vida personal y social, permitiéndole participar conscientemente en la vida cotidiana al reconocerse como individuo, como parte de un grupo social y aprender de la experiencia. La identidad social se constituye al reconocer los elementos que comparten los miembros del grupo y que dan un sentido de pertenencia. Los símbolos patrios son producto de la historia, y como tales, tienen un significado que representa lo que somos y los que hemos experimentado como pueblo.
6. **Valorar la importancia del trabajo y el beneficio que reporta:** En el caso de los niños preescolares se requiere que conozcan la necesidad e importancia de hacer lo mejor posible su trabajo y de concluirlo en tiempos razonables. Además, es necesario que reconozcan la existencia de diversas formas de trabajo que le beneficien directamente, a partir de lo cercano y cotidiano como es el trabajo de los miembros de su familia, de las personas de la escuela y de su comunidad.
7. **Manifestar actitudes de cuidado y respeto al medio natural:** Los niños preescolares necesitan aprender a convivir en armonía con el medio natural. Las actitudes de cuidado y respeto al medio se adquieren a través de observar la realidad, de buscar información, de generar acciones concretas, factibles y permanentes que impacten la vida escolar y comunitaria para recuperar y preservar el equilibrio de la relación del ser humano con la naturaleza.
8. **Generar alternativas para aprovechar el tiempo libre:** Considerar y emplear el tiempo libre para organizar y planear una serie de actividades que, además de placer, aporten otros beneficios que alimenten la imaginación, la sensibilidad, el deseo de enfrentar retos y otras formas de relación con los demás. Es

necesario que los niños preescolares conozcan diversas alternativas para usar el tiempo libre en su beneficio.

9. Satisfacer por sí mismo necesidades básicas del cuidado de su persona para evitar accidentes y preservar su salud: Los niños preescolares requieren de conocer, practicar y saber en qué momento y condiciones aplicar las medidas mínimas de autocuidado que les permitan preservar su integridad física y psicológica ante las situaciones de riesgo de la vida cotidiana.
10. Comunicar sus ideas, experiencias, sentimientos y deseos utilizando diversos lenguajes: Los niños preescolares deben ser capaces de utilizar el lenguaje en un contexto comunicativo y funcional para comprender y ser comprendidos; es decir para exteriorizar conocimientos, ideas, experiencias, sentimientos, relaciones, en diversos ámbitos de su realidad. Son parte de este propósito los lenguajes: matemático, oral, escrito, audiovisual, corporal y artístico.

Los contenidos en la educación preescolar se traducen en el qué enseñar y son conocimientos valiosos socialmente, se constituyen en medios que permiten a los niños adquirir las habilidades y actitudes que conforman los propósitos de la educación preescolar.

Estos conocimientos posibilitan una mayor y mejor comprensión de la realidad y son útiles a los preescolares para realizar actividades de la vida cotidiana, por lo que no son un fin en sí mismos, no son un cúmulo de información, ni son temas a tratar. Un contenido se asimila cuando se actúa para aprender y lo aprendido se aplica cotidianamente.

Los contenidos están integrados por diversos aspectos de la realidad cercana al niño, les hablan de sí mismos y de su entorno. Estos contenidos están

organizados en tres ámbitos de experiencia: Yo y los otros; la naturaleza; la ciencia y la tecnología; la comunicación y la representación.

La asimilación de los contenidos requiere de la ayuda de la educadora que para abordar los diversos contenidos es necesario considerar los propósitos educativos a lograr, el interés del niño partiendo de la realidad a través de actividades organizadas y lógicas entre sí.<sup>8</sup>

### Programa de Educación Preescolar.

El Programa de Educación Preescolar constituye una propuesta de trabajo para los docentes, con flexibilidad suficiente para que pueda aplicarse en las distintas regiones del país. Entre sus principios considera el respeto a las necesidades e intereses de los niños, así como a su capacidad de expresión y juego, favoreciendo su proceso de socialización.

Los fines que fundamentan el programa son los principios que se desprenden del Artículo Tercero Constitucional, donde se definen los valores que deben realizarse en el proceso de formación del individuo así como los principios que constituyen nuestra sociedad, marcando un punto de encuentro entre desarrollo individual y social. En efecto, el Artículo Tercero señala que la educación que se imparta tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano, señala además la convivencia humana como la expresión social del desarrollo armónico, tendiendo hacia el bien común.

En el jardín de niños se da el inicio escolar de una vida social inspirada en los valores de la identidad nacional, democracia, justicia e independencia.

---

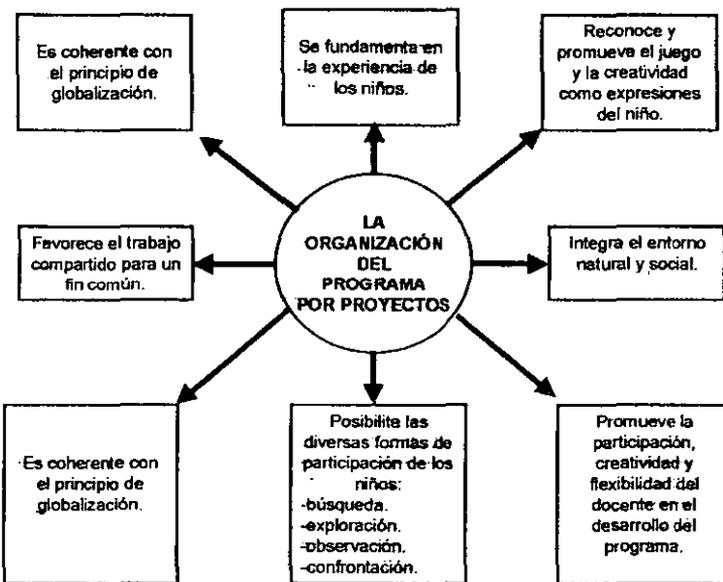
<sup>8</sup> Secretaría de Educación Pública. "Guía para la planeación de la docente" ciclo escolar 1998-1999. México, D.F. 1988. P.p 5-9.

El sustento teórico del programa de educación preescolar se fundamenta en las siguientes características del niño en edad preescolar:

- El niño preescolar es una persona que expresa, a través de distintas formas, una intensa búsqueda personal de satisfacciones corporales e intelectuales.
- A no ser que esté enfermo, es alegre y manifiesta siempre un profundo interés y curiosidad por saber, conocer, indagar, explorar, tanto con el cuerpo como a través de la lengua que habla.
- Toda actividad que el niño realiza implica pensamientos y afectos, siendo particularmente notable su necesidad de desplazamientos físicos.
- Sus relaciones más significativas se dan con las personas que lo rodean, de quienes demanda un constante reconocimiento, apoyo y cariño.
- El niño no sólo es gracioso y tierno, también tiene impulsos agresivos y violentos. Se enfrenta, reta, necesita pelear y medir su fuerza; es competitivo. Negar estos rasgos implica el riesgo de que se expresen en formas incontrolables. Más bien se requiere proporcionar una amplia gama de actividades y juegos que permitan traducir esos impulsos en creaciones.
- El niño desde su nacimiento tiene impulsos sexuales y más tarde experimentará curiosidad por saber con relación a esto, lo cual no ha de entenderse con los parámetros de la sexualidad adulta sino a través de los que corresponden a la infancia.
- Estos y otros rasgos se manifiestan a través del juego, del lenguaje y la creatividad. Es así como el niño expresa, plena y sensiblemente, sus ideas, pensamientos, impulsos y emociones.

El programa educativo del nivel preescolar es coherente con estos principios y plantea el método de proyectos como estructura operativa del programa. El proyecto constituye una organización de juegos y actividades en torno a un problema, una pregunta, una actividad concreta, etc., que integra los diferentes intereses de los niños. Las diferentes acciones que se generan, organizan y desarrollan, cobran sentido y articulación con el proyecto.

### Programa por Proyectos.



**Figura 1.** En el esquema se muestra como se conforma la organización del programa por proyectos.

Con el objeto de lograr una mejor implementación de éste método se manejan bloques de juegos y actividades denominado organización por bloques. Esta organización responde a necesidades de orden metodológico, ya que se trata de garantizar un equilibrio de actividades que pueden ser, incluso, planteadas por los

niños, pero siempre bajo la orientación, guía y sugerencias del docente, quien es el verdadero responsable de lograr este equilibrio y conducir el proceso en general.

Los bloques de juegos y actividades que se proponen son congruentes con los principios fundamentales que sustentan el programa y atienden con una visión integral el desarrollo del niño.

Los bloques que propone el programa son los siguientes:

- Bloque de juegos y actividades de sensibilidad y expresión artística. Este bloque incluye actividades relacionadas con: música, artes escénicas, artes gráficas y plásticas, literatura, artes visuales.
- Bloque de juegos y actividades psicomotrices relacionados con: la estructura espacial a través de la imagen corporal: sensaciones y percepciones y la estructuración del tiempo.
- Bloques de juegos y actividades de relación con la naturaleza: ecología, salud y ciencia.
- Bloque de juegos y actividades matemáticas.
- Bloque de juegos y actividades de la lengua relacionados con: lengua oral, lectura, escritura.

El ambiente lugar y ritmo en que se desarrollen las actividades atenderá en primer lugar a las necesidades del niño, respondiendo a las características físicas y materiales con las que cuente el jardín de niños.<sup>9</sup>

Es importante mencionar que el docente realiza durante su práctica educativa observaciones grupales e individuales, así como evaluaciones permanentes que conforman un informe final grupal e individual del desempeño de cada niño; que a su vez le permite identificar cuando existe una alteración en su desarrollo que se manifiesta en problemas de aprendizaje y/o conducta.

---

<sup>9</sup> Dirección General de Educación Preescolar. Secretaría de Educación Pública. "El Programa de Educación Preescolar". Publicaciones SEP; 1992.

## **2.2 Surgimiento del Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (C.A.P.E.P).**

### **2.2.1 Antecedentes.**

En el mes de agosto de 1965 la Profra. Beatriz Ordoñez Acuña, Directora General de Educación Preescolar, reunió un grupo de 7 profesionales en el campo de la educación preescolar y de la psicología, encabezado por la Dra. Laura Rotter Hernández, con la finalidad de desarrollar un proyecto que dio inicio al "Laboratorio de Psicotécnica de Preescolar", acondicionado dentro del edificio que ocupaba la Dirección General de Educación Preescolar.

Este equipo sentó las bases del servicio que actualmente se proporciona en los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar; en los primeros años de vida del laboratorio sus servicios estaban dirigidos a preescolares que presentaban problemas de lenguaje y conducta, atendidos los primeros por educadoras especialistas en audición y lenguaje, egresadas de la Escuela Normal de Especialización, y los segundos por psicólogos, formados de la Normal Superior o en la Universidad Nacional Autónoma de México, integrando, de esta manera un equipo que ejercía su labor profesional en los menores que así lo ameritaban y dedicaban una parte de su tiempo al estudio de técnicas y métodos de diagnóstico y tratamiento. Por otra parte, proporcionaban Orientación a educadoras y padres de familia, sobre diversos aspectos del desarrollo del niño preescolar.

En 1968 el "Laboratorio de Psicotécnica" fue denominado "Laboratorio de Psicología y Psicopedagogía". La Dra. Rotter gestiona que se establezca un convenio entre la S.S.A y la S.E.P., en el cual se instituye un programa de capacitación para maestros de educación preescolar en el D.F. Este curso se efectuó año con año hasta 1975 en el Hospital Psiquiátrico Infantil. Al término de

este, los participantes prestaban sus servicios al Laboratorio de Psicología y Psicopedagogía en las diferentes áreas de especialidad.

El 22 de noviembre de 1976 se inaugura el local construido exprofeso para el servicio de atención psicopedagógica a preescolares ubicado en Coyoacán recibiendo el nombre oficial de "Laboratorio de Psicología y Psicopedagogía Profra. Beatriz Ordoñez Acuña".

La Dra. Rotter gestionó el incremento del personal con nuevos especialistas; Neurólogos, Odontólogos, Especialistas en listados del aparato neuromotor, maestras con formación Montessori y Frosting.

En 1979, se crean 3 coordinaciones más dentro del Departamento para las nuevas áreas formadas: estimulación perceptual, psicomotricidad y ortopedia dento facial. El programa de estimulación para promover la madurez de los niños del 3er. Grado de jardín de niños, cambia a "Programa de Estimulación Compensatoria".

En 1982, la Dirección General de Educación Preescolar a cargo de la Profra. Eloisa Aguirre del Valle, promueve el cambio del personal técnico - normativo y administrativo a otras oficinas destinando el edificio únicamente a la atención especializada a niños preescolares bajo el rubro de "Centro de Atención Compensatoria de Educación Preescolar C.A.C.E.P. Coyoacán". El cual un año más tarde es nombrado C.A.P.E.P. "Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar".

En agosto de 1985, basándose en la revisión de los objetivos del Departamento se cambia el rubro de C.A.P.E.P. Centros de Atención Preventiva de Educación Preescolar a Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar.

En abril de 1990, se presenta una desconcentración de la Dirección General de Educación Preescolar con el Departamento de Operación de C.A.P.E.P. y cambia su nombre formando parte de la Dirección Técnica con el nombre de Departamento de Normatividad de C.A.P.E.P.

A partir de octubre de 1993, la República Mexicana cuenta con 171 C.A.P.E.P y 2000 especialistas.<sup>10</sup>

### **2.2.2 Funcionamiento del C.A.P.E.P.**

El Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP), es una Institución Gubernamental de la Secretaría de Educación Pública creada como apoyo a la Educación Preescolar; en ella se proporciona atención a los niños preescolares que presentan signos de inmadurez o alteraciones leves en el desarrollo como: problemas de lenguaje, conducta o aprendizaje, susceptibles de ser superados en corto tiempo. El objetivo de la labor psicopedagógica que se realiza en estos Centros, es facilitar la solución de la problemática que manifiesta el niño y lograr su integración al medio familiar, social y escolar. El personal que labora en su mayoría son educadoras con estudios de especialidad, otros egresados de Universidades como la U.P.N, I.P.N, U.N.A.M, entre otras.

Los C.A.P.E.P se encuentran ubicados en la zona metropolitana, el estado de México y algunos estados de la República.<sup>11</sup>

En el Valle de México se cuenta con nueve C.A.P.E.P divididos en dos zonas.

---

<sup>10</sup> Subsecretaría de Servicios educativos para el Distrito Federal, Dirección General de Educación Preescolar, Departamento de Normatividad de C.A.P.E.P.

<sup>11</sup> Folleto Informativo de la SEP para la Dirección General de Educación Preescolar, Departamento de Operación de C.A.P.E.P. 1998.

### Los C.A.P.E.P en el Valle de México.

Zona Norte	Zona Oriente
Satélite	Aragón
Tecamachalco	Nezahualcoyotl
Atizapan	Los Reyes
Coacalco	Tecamac
Cuautitlán	

Tabla 4. Se encuentran 5 C.A.P.E.P en la zona norte y 4 en la zona oriente.

Para la prestación de los servicios, el C.A.P.E.P cuenta con la siguiente estructura:

#### “Diagrama de Organización del C.A.P.E.P”

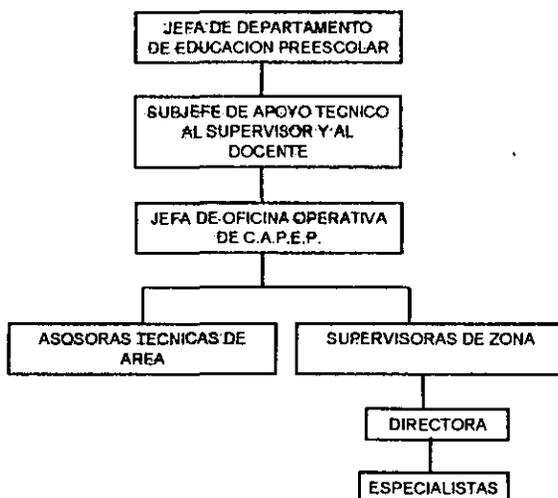


Figura 2. Cada puesto desarrolla actividades específicas.

- a) Jefa del Departamento de Educación Preescolar Valle de México; se encarga de la supervisión al funcionamiento del C.A.P.E.P, conforme a las normas y lineamientos establecidos.
- b) Subjefe de Apoyo Técnico al Supervisor y al Docente; se encarga de la actualización del personal docente y técnico en cuanto a los lineamientos técnico- pedagógicos que se deben cumplir.
- c) Jefa de Oficina Operativa de C.A.P.E.P; es la responsable de la operación y control de los servicios que proporciona éste, así como de la actualización del personal en los referente a los aspectos operativos y administrativos.
- d) Asesora Técnica de cada Area; es la responsable de la normatividad, asesoría al personal docente y técnico y de la evaluación técnico - pedagógica de los servicios que proporciona el Centro.
- e) Supervisoras de Zona; efectuará la supervisión técnico - pedagógica al personal docente y técnico, conforme a las normas y los lineamientos aprobados.
- f) Directora; es la responsable del funcionamiento del Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar y para ello se apoya en el personal, así como en los documentos que se establezcan en materia de: planeación técnico – pedagógica, administración de personal, recursos materiales y financieros, control escolar, supervisión y evaluación de los servicios.

- g) Especialistas; realizan evaluaciones psicopedagógicas, participa en la integración del diagnóstico interdisciplinario con el apoyo del equipo técnico e imparte la atención psicopedagógica al niño.<sup>12</sup>

### 2.2.3 C.A.P.E.P Coacalco.

El C.A.P.E.P al que se hace referencia en este reporte está localizado en el municipio de Coacalco. Para ubicar el contexto donde brinda su atención se presentan algunos antecedentes sobre el municipio.

El Municipio de Coacalco de Berriozábal denominado así en agradecimiento del general Felipe B. Berriozabal, gobernador interino del Estado al haber expedido un decreto por medio del cual nombraba a Coacalco municipio libre y soberano.

Coacalco de Berriozábal pertenece al municipio del Estado de México, en el distrito judicial de Tlalnepantla y es de los 17 municipios del valle Cuautitlán – Texcoco. Limita al sur con el D.F y Tlalnepantla, al oeste con Tultitlán, al este con Ecatepec y, por la irregularidad de su entorno, también colinda al norte con Tultitlán y Tultepec. Posee una extensión territorial de 47,375 kilómetros cuadrados.

---

<sup>12</sup> SEP, "Manual de Organización del Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar en los Estados", 1985. P.p 4-6, 41-43.

### Ubicación geográfica del Municipio de Coacalco En el Estado de México.

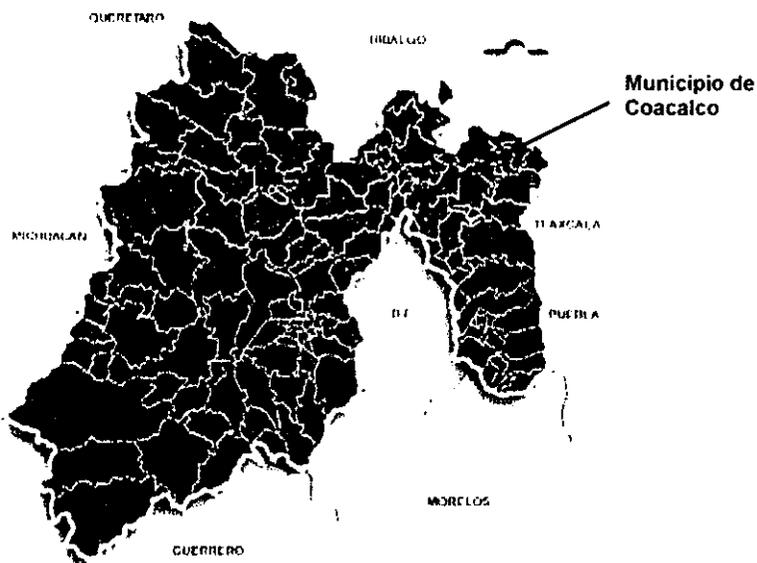
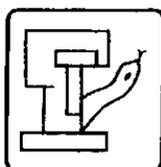


Figura 3. Coacalco es un nombre de origen Náhuatl y significa "casa de la serpiente".

### Glifo del Municipio.



Comisión de Felipe Barricobal

Figura 4. El glifo esta integrado por una casa y una serpiente.

El territorio de Coacalco es cruzado por la vía José López Portillo, que es el medio de comunicación terrestre con más afluencia vehicular y enlaza al municipio, al oriente con Ecatepec, al norte con Tultitlán y al poniente con Tlalnepantla.

### Extensión territorial de Coacalco.

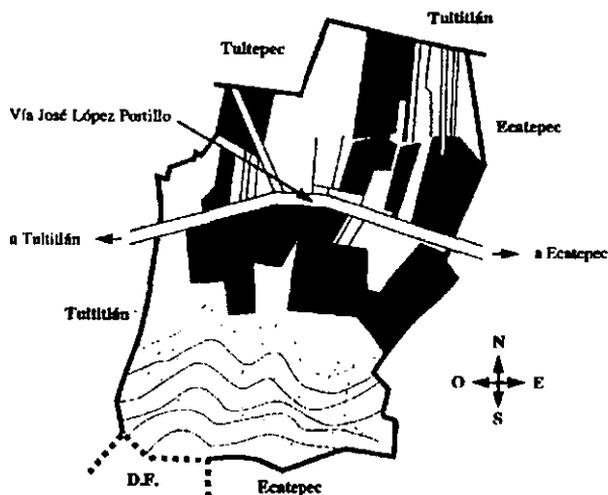


Figura 5. Se observan los municipios aledaños.

**División Política:** Al declararse ciudad a Coacalco en 1983, quedó políticamente dividido de la siguiente manera: San Francisco Coacalco, Hidalgo, San José, El Gigante, Loma Bonita, Los Acuales, Lomas Granjas y Ampliación, Villa de las Flores, Bosques del Valle y zona urbana Ejidal, Ampliación y Zacuahutitla.

**Demografía:** Según los datos del censo de población y vivienda, en 1980 la población de este municipio ascendía a 230,137 habitantes y, para 1986 ascendió a 400,000 habitantes. Del total de los habitantes aproximadamente la población infantil (de 0 a 9 años) es de 107,123.

Las viviendas en su mayoría son de interés social donde habitan de 5 a 7 miembros lo cual habla de un nivel socioeconómico medio contando con pocos fraccionamientos residenciales, así como habitantes en condiciones precarias con viviendas improvisadas de lámina y cartón.<sup>13</sup>

**Educación:** El sistema educativo que brinda el municipio está constituido por los niveles elemental, medio y superior. En nivel preescolar se cuenta con 39 escuelas de las cuales 12 son federales, 12 estatales y 15 particulares.<sup>14</sup>

#### Sistema educativo del Municipio.

Nivel	Escuelas	Grupos	Maestros	Alumnos
Total Municipal	176	1,396	1,942	51,930
Preescolar	39	166	163	4,646
Primaria	71	755	752	28,043
Media Básica	38	283	565	12,010
Media Superior	18	150	284	5,161
Superior	2	0	107	1,387
Inicial, especial y capacitación al trabajo	8	42	71	683

Tabla 5. Cifras recabadas en censo de 1999.

El C.A.P.E.P Coacalco (anteriormente adscrito como C.A.P.E.P Ecatepec), tiene 19 años de su fundación en mayo de 1981, en este trayecto se ha reubicado en tres ocasiones debido a la demanda de atención y a la carencia de instalaciones propias ya que operaba como anexo en los Jardines de Niños oficiales. Estos cambios se realizaron en el Municipio de Coacalco, donde se les asignaban espacios reducidos que propiciaban hacinamiento, falta de privacidad, listas de

<sup>13</sup> Monografía Municipal, "Ciudad Coacalco de Berriozábal," 1962 - 1987.

<sup>14</sup> Mazzoco, Alberto. "Monografía Municipal". [www.Coacalco.com](http://www.Coacalco.com). 1999.

espera para las terapias por la ausencia de espacios físicos. Fue así como en 1996 el C.A.P.E.P se establece en una instalación propia, ubicado en calle 6 sin número colonia Ejidal "Canuto Luna", perteneciente al Municipio de Coacalco donde adquiere el nombre de C.A.P.E.P Coacalco.

Actualmente C.A.P.E.P Coacalco cuenta con tres anexos en los Jardines de Niños "Juan Fernández Albarrán", "Pentatlhón" y "Ahuitzol"; el primero ubicado en el municipio de Ecatepec y los otros en Coacalco, en ellos se ofrecen las terapias de estimulación múltiple y lenguaje, en los que se atienden a 20 niños por grupo.

El C.A.P.E.P está integrado por 18 personas en plantilla, 7 de ellos con doble turno.

#### Personal que labora en C.A.P.E.P Coacalco.

Area	No. Especialistas
Estimulación Múltiple	2
Lenguaje	2
Psicología	4
Area Médica	1
Ortopedia Dento Facial	1
Orientadora DyP	5
Directora	1
Secretaria	1
Asistente de servicios	1

**Tabla 6.** En psicología se cuenta con 4 psicólogos y uno con doble turno.

Durante el ciclo escolar 1997-1998 se atendieron 501 niños en sus diferentes modalidades, abarcando las siguientes comunidades: en Ecatepec; Chiconautla, Izcalli Jardines, Llano de los Baez, Jardines de Morelos, U. Sagitario, Río de luz,

Vista Hermosa, La Mora, Fovisste, Guadalupe Victoria. En Coacalco; Rinconada Coacalco, Parque Residencial Coacalco, Unidad San Rafael, Villa de las Flores, Loma Bonita, Alborada Jaltenco, San Pablo de las Salinas, Izcalli San Pablo, Unidad Morelos en Tultitlán. Así como Tepetlixco, Los Sabinos y Santiago Teyahualco en Tultepec.

### 2.3 Modalidades de atención que brinda C.A.P.E.P.

El Departamento de operación de C.A.P.E.P realiza acciones tendientes a proporcionar apoyo al Programa de Educación Preescolar; brindando servicios de evaluación, diagnóstico y atención psicopedagógica a los preescolares de los Jardines de Niños Oficiales que presentan alteraciones leves en su desarrollo, teniendo como premisa que la detección y atención de alteraciones en el desarrollo en una etapa temprana evitará los fracasos escolares y problemas de conducta en la etapa escolar.

Para cubrir el objetivo propuesto se manejan dos programas:

1. **Programa de Detección y Prevención;** es donde se realizan acciones psicoprofilácticas en los 3eros grados de los Jardines de Niños, a fin de detectar aquellos casos que presentan alteraciones en su desarrollo, proporcionándoles la atención psicopedagógica que requieran.
2. **Programa de Atención psicopedagógica;** proporciona servicio de evaluación, diagnóstico y tratamiento interdisciplinario a los niños que presentan alteraciones leves en su desarrollo y por ende problemas para la adaptación al proceso educativo.

Para llevar a cabo estos programas se cuenta con lineamientos y documentos técnicos- normativos que rigen la labor del personal adscrito a los C.A.P.E.P.<sup>15</sup>

El **programa de Detección** lo realiza la Orientadora de Detección y Prevención (DyP) quien tiene bajo su responsabilidad proyectar acciones psicopedagógicas

---

<sup>15</sup> Dirección General de Educación Inicial y Preescolar. Dirección de Operación de Jardines de Niños. Subdirección de Operación de Jardines de Niños. Departamento de Operación de C.A.P.E.P. "Prediagnóstico" Coordinación No.1 de C.A.P.E.P. Septiembre 1991. P.p 1

que faciliten la integración del preescolar a su núcleo social, escolar y familiar, asesorar a las educadoras de los jardines de niños en los aspectos psicopedagógicos necesarios que contribuyan a mejorar y optimizar la educación integral del preescolar que presenta leves alteraciones en el desarrollo, así como orientar a los padres de familia sobre las diferentes etapas del desarrollo infantil, para concientizarlos y brindarles herramientas que les permitan estimular adecuadamente a sus hijos.

Las actividades que realiza la orientadora DyP no sólo se enfocan a detectar problemáticas, sino también a prevenirlas, brindando información y atención oportuna al grupo de preescolares de segundo año del jardín de niños. Las técnicas e instrumentos de evaluación que se emplean con los niños de tercer año se fundamentan básicamente en la observación, entrevista, evaluación y orientaciones psicopedagógicas a padres y educadoras.

La observación es realizada dentro del contexto escolar del niño de una forma objetiva y precisa realizando anotaciones relevantes sobre el desarrollo en su proceso de aprendizaje; se consideran los aspectos físicos, el área emocional – social, área cognoscitiva, motora, lenguaje, participación en actividades grupales, condiciones socioeconómicas y las relaciones educadora- niño.

La entrevista permite conocer la dinámica familiar y el nivel socioeconómico que rodean al niño, se realiza considerando las etapas formales planteándose un objetivo.

La evaluación es la acción que les permitirá detectar y conocer el nivel de madurez de los niños, así como sus potencialidades; las técnicas que se manejan son básicamente escalas de desarrollo que proporcionan indicadores de los niveles madurativos en función de la capacidad de atención, concentración, coordinación motriz fina, juicio, memoria, noción de espacio, noción de tiempo,

adaptación a su medio ambiente y en general a su situación afectiva. Los instrumentos de evaluación que maneja la orientadora DyP son el Test Goodenough y Dibujo Libre, los cuales son aplicados a todos los niños de tercer grado de preescolar.

Las orientaciones psicopedagógicas a padres y educadoras, se basan en las alteraciones de desarrollo que se detecten en el niño y tiene como finalidad proporcionar información respecto a las características y necesidades del preescolar que manifiesta alteraciones en su desarrollo.<sup>16</sup>

En el programa de detección y prevención cuando se identifica alguna alteración en el niño producto de las valoraciones aplicadas, se canaliza al estudio de prediagnóstico donde se obtiene la primera impresión sobre los datos significativos del problema para tomar una decisión sobre el tratamiento que requiere. En los C.A.P.E.P se reciben a los preescolares que presentan:

- Alteraciones en su conducta, mismas que se observan cuando el niño es demasiado inquieto, agresivo, berrinchudo, tímido, inseguro, poco sociable.
- Fallas en su lenguaje, es decir, que no comprenden las órdenes que se le proporcionan, mala pronunciación de algunos fonemas, palabras o su lenguaje es reducido.
- Fallas en su memoria, atención y comprensión.
- Torpeza en sus movimientos, la cual se observa cuando el niño camina, corre, manipula objetos, colorea, recorta, etc.

---

<sup>16</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Básica. "Técnicas e Instrumentos que Apoyan el Programa de Detección y Prevención de Educación Preescolar". México. 1992. P.p 5, 8-16, 45.

A través del **Programa de Atención Psicopedagógica**, el Centro proporciona servicio en las siguientes áreas:

**ESTIMULACION MULTIPLE:** El objetivo de esta área es proporcionar atención psicopedagógica graduada e integral, a los preescolares que presentan alteraciones generalizadas en su desarrollo, con la finalidad de que superen la problemática que manifiestan y se incorporen al sistema educativo regular, con mayores posibilidades de éxito.

Se atiende en pequeños grupos donde se les brinda apoyo psicopedagógico que responde a las necesidades de cada niño, al tiempo que se desenvuelve en una comunidad infantil que favorece su desarrollo infantil e integral, como en el Jardín de Niños. La responsable de este grupo es una maestra especialista en Problemas de Aprendizaje.

Son candidatos a este grupo los preescolares que con base en el estudio diagnóstico presenta un desfase de un año seis meses como máximo, entre su edad cronológica y su edad mental, presentando las siguientes alteraciones:

- Atención y memoria disminuidas, dificultad para integrar conceptos, elaborar juicios, razonamientos, hacer análisis y síntesis de situaciones específicas, alteraciones perceptuales, incluyendo nociones corporales, espaciales y temporales.
- Trastornos de lenguaje; alteraciones en su comprensión y articulación.
- Alteraciones en su coordinación motora gruesa y/o fina.
- Alteraciones en su conducta que dificultan su adaptación e integración al medio ambiente familiar, social y escolar.

Asimismo no serán aceptados en el grupo preescolares que presenten trastornos psiquiátricos y requieren tratamiento de educación especial o rehabilitación física.

**TERAPIA DE LENGUAJE:** El objetivo principal es estimular la expresión del niño, al tiempo que se corrigen las fallas que presenta en el lenguaje, facilitando su integración al medio familiar, escolar y social. La maestra encargada es especialista de Audición y Lenguaje.

Los preescolares susceptibles de recibir la terapia son aquellos cuya comprensión sea acorde a su edad cronológica y que presenten en su comunicación lingüística alguna(s) de las siguientes alteraciones:

Trastornos en la articulación de algunos fonemas, lenguaje ininteligible por múltiples alteraciones articulatorias, alteraciones en los órganos fonoarticuladores (labios, paladar y dientes) cuyas condiciones post-operatorias o de tratamiento sean adecuadas para llevar a cabo la atención, inadecuada utilización de categorías gramaticales, retardo en la adquisición de lenguaje, escaso vocabulario por privación ambiental y/o cultural, dificultad en el ritmo de la expresión verbal (tartamudez) en estos casos deberán ser vistos conjuntamente por el área de psicología.

**TERAPIA DE PSICOMOTRICIDAD:** En esta área se estimula la capacidad motora del niño, brindándole la posibilidad de utilizar su cuerpo al desplazarse con precisión y ritmo, estableciendo la relación de tiempo y espacio que le permitan adaptarse a nuevas situaciones, y aumentar la seguridad de sí mismo. La responsable es la especialista en Trastornos Neuromotores.

Los niños que son canalizados pueden presentar alguna(s) de las siguientes características:

Desconocimiento o falta de integración del esquema corporal que se puede manifestar con una representación gráfica fragmentada o incompleta; torpeza motora; inconsistencia en el tono muscular; equilibrio inestable; alteraciones perceptuales en coordinación fina y visomotora; inquietud excesiva; atención dispersa; timidez e inseguridad y dificultad para relacionarse a su medio ambiente.

La terapeuta de psicomotricidad elabora una valoración considerando los antecedentes pre, peri y post-natales del niño, su ambiente familiar, alteración por déficit de atención, esquema corporal, coordinación fina, revisión general de músculos, equilibrio dinámico, coordinación visomotriz, motricidad facial, lateralidad, organización espacial y estructuras rítmicas. Asimismo realiza una entrevista con los padres y retoma la información contenida en el expediente general; con los resultados de las valoraciones estructura el plan de acción llevando un registro de seguimiento.<sup>17</sup>

**PSICOLOGIA:** El psicólogo en su atención psicopedagógica brinda orientaciones a padres de familia en cuyos casos se ha observado que existe una problemática emocional que afecta el desarrollo del preescolar.

Las orientaciones se proporcionan en tres modalidades: Psicoterapia de juego, Grupo Dinámico de Orientación a Padres y Orientaciones Psicopedagógicas individuales y/o grupales. Existiendo una metodología para llevarlas a cabo que se describirán en las actividades del psicólogo en el capítulo III.

Como apoyo a las acciones que realizan los maestros especialistas en el C.A.P.E.P, se cuenta con las siguientes áreas:

---

<sup>17</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. "Lineamientos Normativos para la Operación en el Área de Psicomotricidad". C.A.P.E.P, septiembre de 1991. P.p 7,8.

**AREA MEDICA:** Su objetivo es "detectar y prevenir en forma oportuna las alteraciones biológicas y sociales que intervienen en el desarrollo integral del preescolar, instituyendo el plan de tratamiento a través del cual se propiciará que se disminuya o se supere el problema detectado en el niño, así como coordinar acciones de tratamiento con el sector salud para obtener mejores resultados"

Los niños canalizados a esta área serán aquellos que en la aplicación de la historia psicopedagógica presenten datos de importancia en los apartados de antecedentes hereditarios que se relacionen con el padecimiento actual, antecedentes pre, peri y post-natales, desarrollo psicomotriz retardado, que manifiesten problemas visuales, auditivos, nutricionales, de higiene personal, procesos infecciosos agudos o crónicos.

Niños que con base en el estudio de diagnóstico, manifiesten probable existencia de disfunción cerebral o daño en el Sistema Nervioso Central, de estimarse necesario se le canalizará a estudio y tratamiento neurológico, y por último niños que con base en las observaciones realizadas por el especialista que los atiende presenten problemas severos de conducta que dificulten su adaptación al grupo.<sup>18</sup>

**AREA DE ORTOPEDIA DENTOFACIAL:** Su objetivo principal es apoyar al área de lenguaje en algunas alteraciones del aparato fonoarticulador, a fin de restablecer las funciones de masticación, deglución, respiración, y básicamente el habla. Para ello realiza valoraciones y algunos casos aparatos que favorezcan y beneficien al niño. El especialista es odontólogo.

Los niños canalizados a esta área son aquellos que presentan alteraciones en órganos fonoarticulatorios; labios, lengua, dientes, encía, carrillos, piso de boca,

---

<sup>18</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. "Lincamientos Normativos para la operación en el Arca Médica". México, 1991. P.p 7

paladar (duro y blando), frenillos, glándulas salivales, articulaciones temporomandibulares.<sup>19</sup>

**AREA DE TRABAJO SOCIAL:** Es la responsable de realizar las visitas a escuelas y hogares de los preescolares, a fin de establecer la relación entre el niño, el Centro, el hogar, la escuela y la comunidad.<sup>20</sup>

Con su intervención contribuye a la investigación, diagnóstico y tratamiento de los niños mediante el trabajo interdisciplinario. Sensibiliza a los padres de familia sobre la importancia de su participación en la formación de sus hijos, orienta a la familia sobre las alternativas de solución a los problemas que interfieren en el tratamiento del menor, y coordina el enlace entre C.A.P.E.P y otras instituciones para brindar ayuda a la población que presente problemas de tipo social como: salud, educación, vivienda y apoyo legal.

---

<sup>19</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. "Lineamientos Normativos para la Operación en el Área de Ortopedia Dentofacial". C.A.P.E.P. septiembre de 1991. P.p5, 7.

<sup>20</sup> Folleto Informativo de la SEP. op. Cit.

## **2.4 Perfil del niño en C.A.P.E.P.**

### **2.4.1 Evaluación y perfil del niño.**

El perfil del niño en C.A.P.E.P cobra importancia en su atención psicopedagógica al permitirle realizar una interpretación de los resultados de la evaluación de distintas áreas de aprendizaje y dar seguimiento al proceso evaluativo del niño.

La evaluación en el ámbito educativo se considera un proceso integral, ya que se informa sobre las actitudes, intereses, hábitos, conocimientos, habilidades, etc. Los resultados obtenidos de la evaluación se emplean para describir el problema, estimar su gravedad, identificar los factores relacionados con él, sugerir áreas de mejoramiento y ayudar a desarrollar tratamientos psicopedagógicos.

La evaluación proporciona hipótesis sobre las cuales deberá basarse el plan de acción, que debe tener un valor permanente y continuo que transcurre paralelo al proceso de aprendizaje, sin reducirse a un simple catálogo de deficiencias, deberá especificar las habilidades que pueden aprovecharse. Cada descripción implica, en algún sentido, una etiqueta pero ésta debe concebirse sólo como un punto de referencia, no como un medio para negarle al niño la oportunidad de aprender o participar.

Se considera la evaluación como el punto de partida para el tratamiento y se plantean dos tipos de evaluación: la evaluación referida a la norma y evaluación con referencia a criterios.

Evaluación referida a la norma: se entiende como un método de investigación cuyo objetivo es expresar e interpretar cada uno de los resultados individuales, sobre una base de referencia estadística, es decir, referidas a la distribución de los resultados del test de un grupo de referencia (muestreo). Este es el caso del

estudio de prediagnóstico, que está orientado hacia la determinación de las diferencias individuales.

Los instrumentos con referencia a la norma tienen ciertas ventajas sobre otras prácticas de evaluación cuando se trata de hacer identificación o tomar decisiones sobre colocación ya que proporcionan una medición objetiva, un método para comparar el desempeño de un sujeto específico con el de otros sujetos similares y no exigen que el usuario dedique tiempo a la elaboración de una prueba. Presenta la desventaja de no proporcionar información sobre lo que un sujeto puede o no hacer, sólo si puede hacer más o menos que los demás.

La evaluación referida a normas ha tenido impacto en la educación con el desarrollo de los Test de inteligencia, que puede ser usado efectivamente con propósitos diagnósticos.

Este tipo de evaluación es empleado en C.A.P.E.P con las pruebas de: Terman Merrill, Goodenough y Bender.

Evaluación referida a criterios: las pruebas con referencia a criterios miden el desarrollo de habilidades particulares de un sujeto en términos de niveles absolutos de destreza. Pretende analizar a cada individuo en base a un objetivo vivencial o de concepto preestablecido, por ejemplo; Un objetivo pedagógico o terapéutico. El grado de aproximación de una persona al criterio psicológico es la pauta que se utiliza para valorar la objetividad del tratamiento.

Este tipo de evaluación pretende eliminar los inconvenientes de los test normativos y dar respuesta a la necesidad de orientar el proceso educativo del alumno sin necesidad de compararlo con los demás.

Las pruebas psicopedagógicas utilizadas en C.A.P.E.P, orientadas hacia una meta de aprendizaje determinado, son ejemplos de este tipo de evaluación, como: la exploración lingüística, valoración psicomotora, historia psicopedagógica, etc.

### Tipos de evaluaciones utilizadas en C.A.P.E.P.



Figura 6. Secuencia de las evaluaciones aplicadas para determinar plan de atención.

Una vez revisado los dos tipos de evaluación empleados, se procede a determinar el perfil del niño en atención, para ello se describirá qué se entiende por perfil y sus implicaciones en la atención psicopedagógica.

El perfil es la representación gráfica de los resultados obtenidos por un sujeto en un test. Pretende demostrar en una misma escala comparativa el nivel alcanzado por el sujeto en diferentes aptitudes o rasgos psicológicos, refiriéndose tanto a aspectos intelectuales como de personalidad.

Permiten percibir los puntos fuertes y débiles de un niño y ver en qué medida su perfil psicológico se aparta o aproxima de los obtenidos con niños de su edad. Su único objetivo será resumir en forma clara, los resultados obtenidos por un niño que haya sido sometido a los diferentes test.

Como el trabajo de C.A.P.E.P tiene un carácter psicopedagógico, donde el tratamiento es un proceso continuo e individual se debe tomar en cuenta que existen una serie de factores que intervienen en la determinación del perfil del niño, el manual de lineamientos teóricos considera los siguientes:

- “El proceso de evaluación se ve influido por una serie de variables que no son medibles como: historia personal, factores sociales y medioambientales, etc.
- El especialista no conoce directamente el comportamiento del niño en su medio ambiente social y escolar, de manera que tiende a “diagnosticar” por completo la conducta en situaciones restringidas.
- Los niños varían en la ejecución de las pruebas de un día a otro, por lo que los diagnósticos definidos son riesgosos; en el caso de los niños preescolares esto se hace evidente, dado que se encuentran en un proceso de desarrollo.
- Las pruebas estandarizadas no dicen cuánto puede aprender el niño, aunque estas proporcionen una valiosa norma que muestra el nivel relativo de aprovechamiento en cierto tipo de habilidades cognitivas.

- Es difícil precisar cuáles son los límites de habilidades del niño.
- Hablar de normalidad, subnormalidad, deficiencia mental, etc., debe concebirse únicamente como una referencia, no como un medio de clasificar al niño.
- La etiqueta diagnóstica es un recurso rápido y conveniente para comunicar a otros un conjunto de conceptos y formular registros.
- Tanto las pruebas con referencia a una norma, como las pruebas con referencia a un criterio, desempeñan papeles relativamente distintos, pero ambas contribuyen a la mejor comprensión de las habilidades del sujeto. Tienen que concebirse como métodos que se complementan en forma mutua para la evaluación.
- Los procedimientos con referencia a un criterio ayudan cuando se buscan objetivos conductuales y programas para la enseñanza individual, en tanto que los procedimientos con referencia a una norma son especialmente útiles para medir las diferencias entre los niños”.<sup>21</sup>

El especialista de C.A.P.E.P que trabaja con grupos de estimulación múltiple, requiere de la elaboración de un perfil, como apoyo o referencia, en la planeación de sus actividades frente a grupo, que está basado en los resultados que arroje el Terman Merrill (Binetograma).

Es importante considerar que este perfil representa únicamente la parte cognoscitiva de la evaluación integral, considerando que las entrevistas con

---

<sup>21</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. “Lineamientos teóricos para la elaboración del perfil del niño que asiste a C.A.P.E.P”. México, 1991. P.p 6 – 17.

padres, observaciones directas del niño y evaluaciones complementarias, también forman parte de la misma.

La elaboración del perfil de los niños en estimulación múltiple es un recurso de planeación y una estrategia para estructurar la atención psicopedagógica. Es así como si un niño manifiesta un rendimiento relativamente bajo en una o dos áreas, el especialista deberá proporcionar estimulación adicional en las mismas.

La utilización de perfiles de pruebas para planear el programa de atención, requiere que el especialista vaya más allá de la puntuación que describe el rendimiento del niño, el cual debe ser analizado posteriormente para determinar cuáles son las habilidades que el niño no ha dominado, y el rendimiento elevado en una o dos áreas puede indicar un interés o habilidad especial que el maestro debe explotar.

#### **2.4.2 Detección, Evaluación y Diagnóstico.**

La etapa de **detección** se realiza a través de la observación que lleva a cabo la educadora con su grupo, apoyada por una orientadora DyP de C.A.P.E.P, quien a través de las técnicas de evaluación determina si el niño requiere de apoyo en su contexto escolar o bien una atención especializada, en el primer caso lo incorpora a su programa de atención y en el segundo lo canaliza con sus instrumentos aplicados (Test F. Goodenough y Dibujo Libre), y una guía de observación que elabora la educadora para estudio de prediagnóstico, el cual constituye la etapa de evaluación.

La guía de observación de la educadora se elabora basándose en su experiencia durante las actividades diarias dentro del jardín de niños y se registra en un formato considerando ocho apartados:

1. Datos de identificación; nombre, edad, motivo de consulta descrita brevemente.
2. Descripción física del niño; estado aparente de salud, complexión, higiene personal, problema visual o auditivo, utilización de aparato ortopédico.
3. Area emocional social; descripción de la adaptación al jardín de niños, relación con educadora y compañeros, conducta en el salón y durante el juego, hábitos.
4. Area cognoscitiva; su comprensión, memoria, interés y ejecución de los trabajos, conocimiento de formas, colores y tamaños.
5. Lenguaje; expresión verbal, vocabulario, articulación, comunicación con educadora y compañeros, problema de audición.
6. Area motora; lateralidad, desplazamiento, utilización de los instrumentos de trabajo, destreza manual, características del dibujo, coloreado, recortado.
7. Dinámica familiar; relaciones familiares, reacción de los padres ante algún problema del niño.
8. Comentarios; de ser necesario, anotar algunas observaciones que no hayan sido contempladas.

La finalidad de la aplicación del test Goodenough y el dibujo libre, es conocer la evolución gráfica del niño y sus procesos mentales, que servirá de base para un análisis cualitativo del avance del mismo y corroborar las observaciones significativas del desarrollo y conducta expresada por la educadora.

**Etapas de evaluación y diagnóstico**, el primer estudio realizado a los niños que son canalizados a C.A.P.E.P, es el prediagnóstico que consta de la primera

entrevista, una exploración breve de lenguaje, copia de figuras geométricas, test Goodenough y dibujo libre. El prediagnóstico es aplicado por dos especialistas, uno encargado de la primera entrevista y el otro aplica la valoración al niño; se involucra todo el personal.

La primera entrevista es muy importante, dado que es el primer contacto que se establece con los tutores del niño obteniéndose datos sobre su desarrollo, así como el conocimiento y la aceptación de los tutores hacia el problema.

La exploración breve de lenguaje es un instrumento que permite identificar los posibles casos susceptibles de tratamiento, se explora la expresión verbal del niño, su nivel de comprensión y conocimientos de datos de identificación e información de su entorno, memoria visual y auditiva, la ejecución y comprensión de órdenes, la articulación de sílabas, memoria inmediata y una exploración física de su aparato fonoarticulador (torpeza lingual, frenillo, paladar, caries, etc.).

Copia de figuras geométricas, es empleada con la finalidad de conocer la madurez de la percepción visual y coordinación visomotriz, cobrando importancia al asociarlo a funciones de la inteligencia partiendo de la teoría genética y gestáltica.

Test goodenough o figura humana, es útil porque a partir del análisis de cada elemento del dibujo de la figura humana, se puede observar la naturaleza y organización de los procesos mentales lo que permite realizar una comparación con el dibujo anterior (realizado en la etapa de detección por la orientadora DyP), e identificar los progresos.

La autora menciona que esta prueba evalúa el grado del desarrollo intelectual del niño a partir de una serie de operaciones que se tienen que ejecutar para cumplir la consigna como: asociación, observación analítica, discriminación, memoria de

detalles, sentido espacial, juicio, abstracción, coordinación visomotriz y adaptabilidad.

El dibujo libre permite que el niño exprese la visión que tiene de sí mismo y de su medio ambiente, de los hechos o cosas que tienen mayor relevancia; esto dará un índice de la realidad sobre el pensamiento infantil, a la vez que se pueden observar aspectos del dibujo como es el manejo del espacio en blanco, coordinación visomotriz; trazo; orden, tamaño de las figuras y empleo del color. <sup>22</sup>

Una vez concluidos los estudios y de acuerdo a la revisión, análisis, y discusión de los resultados, considerando el comportamiento del niño y el(los) tutor(es) que lo acompañan, el equipo interdisciplinario establece su criterio de solución y justifica la canalización informando a los tutores y educadora sobre los resultados.

Para ello existen cuatro criterios de canalización del prediagnóstico;

1. Que el niño continúe en su Jardín de Niños por no presentar alteraciones, quedando en observación por la orientadora y/o educadora.
2. Canalización a otra institución, cuando presenta una alteración severa o bien no cubra los parámetros de aceptación del centro.
3. Pasar a estudio diagnóstico completo cuando presenten varias deficiencias considerando que parte de esta población serán candidatos a grupos permanentes.

---

<sup>22</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Básica. "Técnicas e instrumentos que apoyan el programa de Detección y Prevención de Educación Preescolar". Septiembre 1992. P. 17-21.

4. Se da pase a tratamiento directo al área de Lenguaje, Psicomotricidad, Área Médica, Psicología, etc.<sup>23</sup>

Cuando se canaliza a diagnóstico es el psicólogo encargado de este estudio, quien aplica la historia psicopedagógica, Terman Merrill, Bender, mismas que se desarrollarán en las actividades del psicólogo del capítulo III.

Al obtener los resultados del diagnóstico y considerando los estudios anteriores, el psicólogo en trabajo colegiado con otros especialistas elabora un diagnóstico del niño remitiéndolo a las terapias que requiere, que comúnmente es el grupo de estimulación múltiple, área médica y en ocasiones alguna una terapia complementaria.

Todos los especialistas elaboran informes de seguimiento de sus terapias donde se registran los resultados del niño, siendo la base para obtener el resultado final al concluir el ciclo escolar. Se manejan cuatro criterios de resultados:

- a) Alta a jardín de niños cuando existen mejorías y el apoyo que requiere lo brinda el aula regular.
- b) Alta definitiva cuando se supera la dificultad.
- c) Subsecuente cuando el niño requiere un poco de tiempo.
- d) Otra institución cuando la dificultad es severa y rebasa las posibilidades de atención.

---

<sup>23</sup> Dirección General de Educación Inicial y Preescolar. Dirección de Operación de Jardines de Niños. Departamento de Operación de C.A.P.E.P. "Prediagnóstico" México, 1990. P.p 1-30

## **CAPITULO III**

### **LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO DENTRO DE C.A.P.E.P.**

#### **3.1 Actividades que realiza el Psicólogo.**

La participación del psicólogo en el área educativa es cada vez más amplia al surgir necesidades urgentes en el proceso de enseñanza – aprendizaje. El psicólogo en esta área realiza una intervención multidisciplinaria al compartir espacios con otros especialistas, con quienes intercambia información y en ocasiones realizan actividades conjuntas.

El objetivo del área de psicología en el C.A.P.E.P es contribuir a la integración del diagnóstico interdisciplinario y apoyar la atención psicopedagógica de los preescolares que asisten a éste.

La actividad del psicólogo en el C.A.P.E.P, se desarrolla en dos etapas:

- a) La primera es el Diagnóstico que se basa en la evaluación del niño a través de pruebas de inteligencia como; Goodenough, Terman Merrill, Bender; su finalidad es evaluar el coeficiente intelectual del niño, cuyo parámetro permite conocer el nivel de inteligencia y sus déficits. En conjunto con esta evaluación se realiza una entrevista psicopedagógica a los padres o tutores del niño atendido. El diagnóstico concluye al realizar la canalización del niño a la terapia que requiera, (lenguaje, psicomotricidad, grupo de estimulación múltiple, O.D.F, área médica, orientación a padres).
  
- b) La segunda etapa de la función del psicólogo es proporcionar orientación a padres de familia a través de tres modalidades: Orientación Individual a Padres, Grupos Dinámicos y Orientación Psicopedagógica; su finalidad es

realizar cambios en la dinámica familiar proporcionando información sobre el desarrollo infantil.

El psicólogo puede participar de estas dos etapas, basándose en una normatividad que indica los tiempos y las pautas de intervención del mismo.

La normatividad define como actividades generales que realiza el psicólogo en el C.A.P.E.P:

- Participa en la etapa de prediagnóstico o diagnóstico intensivo, que se realiza durante los meses de septiembre y octubre.
- Elabora la relación de niños diagnosticados y un registro de asistencia.
- Participa en las reuniones interdisciplinarias para la revisión clínica de casos, con base en las fechas autorizadas por la Dirección General de Educación Preescolar.
- Participa en las juntas de apoyo técnico programadas para su especialidad, con base en las fechas autorizadas por la Dirección General de Educación Preescolar.
- Participa con el equipo interdisciplinario en la revisión clínica de los casos que se atendieron durante el ciclo escolar, para dar la canalización final.
- Participa en la atención a padres de familia a través de diversas modalidades.

### **3.1.1 Actividades del psicólogo que realiza estudio psicométrico.**

El estudio psicométrico se realiza en forma intensiva generalmente en los meses de septiembre a noviembre y posteriormente se presenta de forma irregular durante el ciclo escolar restante, es donde el psicólogo puede alternarlo con la etapa de atención en sus diversas modalidades.

El psicólogo aplica cuatro estudios psicométricos a la semana, recibiendo a los preescolares canalizados al área de psicología, con el pase de atención psicopedagógica debidamente requisitado.

Posteriormente aplica la batería de pruebas psicológicas constituida por las siguientes valoraciones:

- Bender visomotor Test.
- Test de Terman Merrill, Forma L-M.

Integra los expedientes de los niños que atiende, con los siguiente documentos:

- Pase de atención psicopedagógica
- Historia psicopedagógica
- Formatos de las valoraciones aplicadas.
- Informe de estudio psicológico

La secuencia con la que lleva a cabo la etapa de diagnóstico inicia generalmente con la entrevista a los padres del niño canalizado, quedando la información registrada en el formato de "Historia Psicopedagógica", cuyo objetivo es:

"Registrar en él los datos de índole físico, psicológico y pedagógico, así como aspectos dinámicos y socioeconómicos de la familia, obtenidos durante la

entrevista realizada con los padres o responsables del preescolar que solicita atención en el C.A.P.E.P".<sup>1</sup>

Una vez realizada la entrevista, el psicólogo interpreta la información recabada y detecta sobre la base de ella los datos y factores que intervienen en la problemática que manifiesta el niño; diagnóstico que, una vez analizado y discutido junto con los integrantes del equipo interdisciplinario de diagnóstico (psicólogo, terapeuta de lenguaje, médico y/o trabajadora social), describe los resultados obtenidos, el pronóstico y el plan de atención a seguir.

La historia psicopedagógica la componen diez apartados generales, en donde las respuestas a los cuestionamientos deben ser anotados tal como los relata la persona entrevistada.

1. Ficha de identificación; se solicitan datos personales del niño como su nombre, dirección completa, jardín de niños y motivo de consulta retomando lo expresado por la educadora y la descripción del problema por los padres así como la actitud que asumen frente a este.
2. Antecedentes personales; se anota el número de embarazo, actitud de la familia frente a éste si fue deseado, la evolución del embarazo, medicación, amenazas de aborto, las condiciones del parto y presentación del niño.
3. Historia del desarrollo del niño; el desarrollo psicomotor, la alimentación de los primeros meses de vida, el lenguaje y lateralidad, ritual nocturno y el sueño del niño.

---

<sup>1</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. "Lineamientos Normativos para la Operación en el Área de Psicología". C.A.P.E.P. septiembre de 1991. P. 15.

4. Historia médica; se registra si el niño cuenta con todas sus vacunas, enfermedades que haya padecido, accidentes u hospitalizaciones y su control de esfínteres.
5. Antecedentes heredo familiares; se registra si existen antecedentes de familiares cercanos sobre alguna enfermedad terminal, congénita, o deficiencias en el desarrollo.
6. Ambiente familiar; estructura de la pareja y su relación, con quien vive el niño, datos personales de los padres y hermanos, cómo se establece la convivencia, situaciones familiares que hayan afectado el desarrollo del niño.
7. Adaptación social; adaptación al ingreso de la escuela, conductas y actitudes que el niño muestra en la escuela, casa y durante el juego, actividades durante su tiempo libre, relación con hermanos y amigos.
8. Conducta; descripción física y emocional del niño por la madre, problemas de conducta, la frecuencia con que las realiza y acciones derivadas de los padres.
9. Aspectos socioeconómicos; tipo de vivienda, ingreso económico, especificar qué personas viven en la misma casa y los servicios con que cuenta la colonia.
10. Comentarios finales; anotar quienes asistieron a la entrevista, describiendo la actitud que mostraron, la calidad y cantidad de la información que aportaron, el nombre y la firma del entrevistador.<sup>2</sup>

Pruebas psicométricas empleadas por el psicólogo:

---

<sup>2</sup> "Lineamientos Normativos para la Operación en el Área de Psicología". Op.cit. P. 20

El **test Gestalt Bender**, creado por Lauretta Bender tiene como objetivo investigar el proceso de maduración visomotora por lo que explora percepción visual, habilidad motora manual, conceptos temporales y espaciales, capacidad de organización y representación, a través de la reproducción de los modelos que se le presentan al niño en estudio.

Las dificultades en las copias de figuras pueden indicar inmadurez o mal funcionamiento de la percepción visual, de la coordinación motriz o de la integración de ambas. El sistema de puntuación fue diseñado para determinar el nivel madurez de la percepción visomotriz de niños de 5 a 10 años. Entre mayor sea la puntuación total, más bajo será el rendimiento.

Al calificar esta prueba se registran cuatro tipos de errores:

1. Distorsión de la forma; se considera cuando la reproducción que un niño hace del diseño está tan deformada que se pierde la configuración general.
2. Perseverancia; se registran cuando un niño no se detiene después de completar el dibujo requerido.
3. Integración; consiste en una falla en yuxtaponer correctamente parte de un diseño, los componentes del diseño no se unen o se sobreponen.
4. Rotación; se registran cuando el niño gira el diseño más de 45°. Las inversiones son rotaciones de 180° y se marcan como errores de rotación.

En total hay 30 ítems puntuables, todos los puntos se suman formando un puntaje compuesto sobre el que se basan los datos normativos.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Bender Gestalt Test P. 73-78.

**El Test de inteligencia de Terman Merrill**, evalúa diversas áreas de aprendizaje en niños desde la edad preescolar, indicando sus deficiencias y permite obtener un coeficiente intelectual basándose en las tablas presentadas por Pinneau en su última revisión de 1972.

Se describen brevemente las categorías evaluadas por el test:

- ◆ Categoría de lenguaje; comprende las pruebas referentes a la madurez del vocabulario, la extensión del vocabulario, la calidad del vocabulario (medido con pruebas tales como palabras abstractas, rimas, decir palabras y definiciones) y la comprensión de las relaciones verbales.
- ◆ Categoría de memoria; contiene pruebas de memoria respecto a algo con o sin significado y de memoria visual. Se considera que las pruebas reflejan la memoria auditiva mecánica, la memoria de ideas y el grado o alcance de la atención.
- ◆ Categoría de pensamiento conceptual; esta categoría aunque se asocia íntimamente con la capacidad de lenguaje, se refiere básicamente al pensamiento abstracto.
- ◆ Categoría de razonamiento; contiene pruebas de razonamiento verbal y no verbal. Los reactivos de absurdos verbales son el prototipo de las pruebas de razonamiento verbal. Los problemas gráficos y de orientación representan un modelo de las pruebas de razonamiento no verbal. El razonamiento incluye la percepción de relaciones lógicas, la capacidad discriminativa y el análisis y síntesis. Con las pruebas de orientación también se puede medir el razonamiento espacial.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

- ◆ Categoría de razonamiento numérico; abarca las pruebas que implican problemas de razonamiento aritmético. El contenido está ligado con el aprendizaje escolar. El razonamiento numérico involucra la concentración y la capacidad de generalizar partiendo de datos numéricos.
  
- ◆ Categoría visomotora; abarca las pruebas que se relacionan con la destreza manual, la coordinación del ojo y la mano, y la percepción de las relaciones espaciales.
  
- ◆ Categoría de inteligencia social; incluye a la madurez social y el juicio social. Se considera que las pruebas de comprensión y búsqueda de razones reflejan los juicios sociales.

El diagnóstico concluye al obtener los resultados de las valoraciones y concentrar la información en el informe de estudio psicológico (ver anexo 1). El formato integra los datos del niño desde su ingreso a C.A.P.E.P y presenta un diagnóstico presusual que justifica la canalización a las áreas de atención que requiera.

### **3.1.2 Actividades del psicólogo que proporciona atención.**

El manual de normatividad del área de Psicología vigente desde 1991, establece que el psicólogo proporciona atención únicamente en una de las siguientes modalidades: Psicoterapia de Juego, Grupos Dinámicos de Orientación a Padres y Psicoterapia Familiar. Las dos primeras requieren de una capacitación previa y de un mínimo de dos psicólogos para realizarlas, por lo cual sólo los C.A.P.E.P que cubren estos requisitos las llevan a cabo, reduciéndose a cuatro centros que lo realizan.

La modalidad de psicoterapia familiar fue modificada a partir de septiembre de 1995 bajo el nombre de Orientación Individual a Padres, esta modalidad aún no se

encuentra normada en los lineamientos de operación del área de psicología, razón por lo cual se realiza bajo la supervisión del Asesor Técnico del área y la tutoría del Doctor Juan Guadarrama colaborador de C.A.P.E.P (Psiquiatra con especialidad en terapia Psicoanalítica).

Una parte importante en la atención de C.A.P.E.P son las Orientaciones Psicopedagógicas dirigidas a padres de familia con la finalidad de formar conciencia sobre las dificultades que enfrentan sus hijos propiciando la estimulación en el hogar. Estas Orientaciones las brindan todos los especialistas en forma periódica incluido el psicólogo, para ello se cuenta con un manual de apoyo técnico.

A continuación se describen las modalidades de atención del área de psicología en los C.A.P.E.P Valle de México, haciendo la aclaración que los psicólogos de C.A.P.E.P Coacalco operan las modalidades de orientación psicopedagógica y orientación individual a padres únicamente.

#### ❖ PSICOTERAPIA DE JUEGO.

Esta modalidad esta dirigida a los niños que presentan trastornos en su personalidad, la realizan dos psicólogos con previa capacitación coordinados bajo la supervisión del Doctor Guadarrama encargado de la modalidad.

La atención se divide en dos: la atención individual y grupal, la primera es el preescolar que presenta: problemas reactivos ante situaciones traumáticas, problema de relación y comunicación interpersonal, problemas emocionales en las relaciones objetales (pérdidas de figuras parentales o figuras representativas en la vida del niño), problemas mixtos cuya sintomatología principal sea de mal control de impulsos.

La atención grupal es de cuatro preescolares de diferente sexo, con problemática comparable, que permita la interrelación grupal. Pueden presentar: trastornos psicossomáticos, trastornos en el desarrollo de la personalidad (inmadurez), trastornos emocionales derivados de una dinámica familiar inadecuada, problemas de adaptación al medio (socialización).

El psicólogo en esta modalidad realiza las siguientes actividades:

- Atiende 12 preescolares en forma individual o 16 preescolares en forma grupal, a la semana, con el pase de atención psicopedagógica debidamente requisitado, proporcionando atención en sesiones de 45 a 60 minutos.
- Aplica estudio proyectivo que consta de las siguientes valoraciones: C.A.T., Test de la familia, Dibujo libre y hora de juego diagnóstico.
- Elabora el informe de atención psicológica, modalidad psicoterapia de juego, por cada uno de los preescolares que atiende y cita a los padres de familia, una vez al mes, para informar la evolución de la atención que recibe el niño y conocer la conducta que manifiesta en el hogar.

La psicoterapia de juego tiende a la modificación y normalización de la personalidad, considerando el trastorno que padece el niño, su personalidad y el medio en el que actúa, para el planteamiento de objetivos y estrategias de tratamiento de tal manera que si la personalidad y el medio en general no afectaran su comportamiento el objetivo fundamental sería la disminución del trastorno, lográndose a través de estos planteamientos un estado de equilibrio en el niño, que le permita utilizar sus capacidades potenciales adecuadamente, adaptándose en una forma constructiva y activa a su medio.

En base a la información que se tenga del niño se establece el tipo de tratamiento que puede ser terapia de juego individual, de grupo y orientación familiar. Se establece una programación con tiempos, sesiones, frecuencia, objetivos, recursos técnicos y materiales para el logro de los objetivos.

Al concluir la terapia se analiza el caso, midiendo la efectividad del tratamiento, indicando la canalización si se da de alta, de baja o continuará en tratamiento y cual será su escolaridad sobre la base de este resultado.

El éxito de la psicoterapia se basa en primera instancia en la precisión del diagnóstico que contenga una valoración objetiva de los factores que intervengan en el problema y cómo influyen en la evolución del caso. Este diagnóstico considera la entrevista, algún test proyectivo, apariencia física del niño, las características de su conducta, las características intelectuales, descripción del grupo familiar y una evaluación psicodinámica.<sup>4</sup>

#### ❖ GRUPOS DINAMICOS DE ORIENTACION A PADRES.

El marco teórico que sustenta esta modalidad es la corriente analítica por ello se requiere de haber cursado el taller vivencial grupo dinámico de orientación a padres, donde se revisa material bibliográfico sobre grupos operativos, así como la vivencia misma del taller.

Los responsables de la modalidad son dos psicólogos, un coordinador y el observador quienes atienden anualmente dos grupos de padres, elaboran reportes tanto individuales como grupales al concluir las 10 sesiones con el grupo, contando con una semana durante la cual no realizan estudios psicométricos.

---

<sup>4</sup> "Lincamientos Normativos para la Operación en el Area de Psicología". Op.cit. P. 30.

El programa está centrado en realizar un proceso de reflexión, que abarca la historia personal de cada uno de los padres, su participación dentro del grupo, la repetición de los modelos de educación adquiridos en la infancia, los estilos diferentes de padres, el reconocimiento de los hijos y su problemática, y por último la elaboración a través de un proyecto personal de interacción familiar.

El grupo se debe constituir por 8 integrantes como mínimo y 16 como máximo. Cada integrante pasará por una entrevista previa con el equipo coordinador del programa, para determinar si cumple con los requisitos de aceptación y si son acordes las expectativas de los padres con lo que ofrece este programa.

Se realizan 10 sesiones una por semana con 90 minutos de duración, iniciando con un encuadre donde se da a conocer a los padres la mecánica de operación, en las nueve sesiones restantes el coordinador realiza las técnicas grupales guiando las aportaciones de los padres y el observador registra las participaciones incluyendo al coordinador, después de cada sesión el equipo coordinador comentará la sesión y su sentir, finalizando con una conclusión que será la devolución final al grupo.

Los grupos los integran padres de familia que presentan alguna (s) de estas características: falta de concientización acerca del problema que sus hijos presentan, poco control de impulsos hacia los niños (padres que gritan, golpean y castigan sin reflexionar sobre sus actos), dificultad en la comunicación y expresión afectiva con sus hijos, fallas en el ejercicio de autoridad como padres, desacuerdos en la educación de los hijos, interferencia constante de familiares que resta autoridad a los padres y es permitido por estos, padres que solicitan apoyo para desempeñar mejor su rol dentro del ámbito familiar, inconsistencias en el método educativo utilizado.

No se aceptan en el grupo, familias que atraviesen por situaciones tales como: divorcios o separación, pérdidas de seres queridos (por muerte), enfermedades críticas de algunos de los padres, padres con problemas de personalidad que requiera de atención psiquiátrica, casos de drogadicción o alcoholismo crónico de alguno de los padres. Estas familias serán canalizadas u otro servicio o institución donde reciban la atención especializada que el caso requiera.<sup>5</sup>

#### ❖ PSICOTERAPIA FAMILIAR Y ORIENTACION INDIVIDUAL A PADRES.

Esta modalidad era considerada una atención complementaria que se impartía a la pareja o al grupo familiar, cuando la estructura y dinámica era la causante directa del problema que presenta el niño y que fuera susceptible de ser modificada.

En septiembre de 1995, se modifica la modalidad de atención y se le nombra Orientación individual a Padres, cambio que dirige el Doctor Guadarrama. La nueva mecánica de operación se dio a conocer en un curso de capacitación a los psicólogos, sin llegar a formalizarse en la normatividad que rige el área de Psicología.

La modalidad de orientación individual a padres es realizada por un psicólogo que atiende tres padres de familia por día, en sesiones semanales de 60 minutos con un promedio de 6 a 8 sesiones, que puede alternarse con estudios psicométricos.

Los padres canalizados a esta modalidad son aquellos que debido a sus características personales resulta difícil o inadecuado su manejo en grupo, o la problemática sea una situación con características propias que sean susceptibles de ser superadas en un corto periodo.

---

<sup>5</sup> Secretaría de Educación Pública. Secretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. "Programa Grupos Dinámicos de Orientación a Padres". Septiembre de 1987. P. 6-16.

En las orientaciones individuales se requiere de una entrevista inicial con la finalidad de conocer la dinámica familiar y los rasgos de personalidad que presentan los padres, con esta entrevista se plantean los objetivos y las estrategias a seguir, formando un minixpediente (denominado así por la información y la utilidad que sólo al psicólogo compete), donde se lleva un seguimiento de cada sesión para guiar la intervención y lograr el cumplimiento de los objetivos.

Las orientaciones son enriquecidas por las observaciones de los especialistas en niños que permanecen en alguna terapia de C.A.P.E.P y de los reportes de la orientadora DyP cuando el niño se encuentra en el jardín de niños.

#### ❖ ORIENTACIONES PSICOPEDAGÓGICAS.

El objetivo general de las orientaciones psicopedagógicas es: "Favorecer el desarrollo integral del preescolar a través de la coordinación adecuada entre la acción psicopedagógica que ejerce el especialista de C.A.P.E.P, y la función de los padres como principales educadores de sus hijos".<sup>6</sup>

Estas acciones se favorecen y optimizan con las orientaciones que brindan los psicólogos y especialistas, al abrir espacios en el que los padres puedan exteriorizar dudas e inquietudes, donde consideren la importancia en el cuidado y educación de sus hijos, con el fin de promover las relaciones y favorecer el desarrollo integral de la familia. Se pretende proporcionar información y orientación a través de la participación activa y espontánea de los padres.

---

<sup>6</sup> Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. "Apoyo técnico metodológico para los especialistas de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar que proporcionan Orientación a Padres". Septiembre de 1991. P. 1.

El método que se utiliza, además de proporcionar información, conduce al grupo a la participación y manifestación de sus inquietudes, así como proponer alternativas de solución. Se parte del conocimiento y características que se tenga del grupo.

Como función educativa esta enfocado no sólo a informar a los padres, sino proporcionar conocimientos acerca de las alteraciones que presenta el niño, así como promover actitudes y habilidades en ellos, con el fin de contribuir en la atención psicopedagógica que reciben sus hijos.

Para llevar a cabo las orientaciones psicopedagógicas el psicólogo atiende a un grupo de padres (no se establece un número determinado) en sesiones periódicas de 90 minutos y elabora un plan de atención que contempla: diagnóstico de necesidades, objetivos, contenido, técnicas, recursos didácticos, distribución de tiempo, horarios y evaluación.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> "Apoyo técnico metodológico para los especialistas de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar que proporcionan Orientación a Padres". Op.cit P.2-10.

### **3.2 Resultados obtenidos durante su función.**

Se describen a continuación los resultados obtenidos en las actividades realizadas en el área de psicología durante un año de trabajo que comprende el ciclo escolar 97/98, se presentan en tres periodos: inicio, medio y final, tal como lo marcan los cortes estadísticos de educación preescolar.

En el **inicio de curso** (de septiembre al mes de noviembre) participé en 5 pláticas de sensibilización a los padres cuyos niños fueron canalizados a C.A.P.E.P por presentar alteraciones leves en su desarrollo, en éstas se habla sobre el servicio que ofrece C.A.P.E.P y la importancia de atender oportunamente las dificultades que presentan sus hijos. Se proporcionaron las pláticas en equipo multidisciplinario contando con Psicología, Orientadora DyP y O.D.F. Se visitaron cinco jardines de niños que pertenecen a la zona escolar 116 (Jardín de Niños: "Diego Rivera", "Gilberto Fabila", "Andrés de Castro", "Manuel Doblado", "Juan Fernández Albarrán").

En las pláticas asistieron la mayoría de los padres citados, en ellos prevaleció el interés en la atención que brinda el C.A.P.E.P, manifiestan dudas sobre el desarrollo de sus hijos y en algunos casos negación de la problemática que manifiestan éstos.

Se formaron binas (dos integrantes) de diferente especialidad para la aplicación del estudio de prediagnóstico, trabajé conjuntamente con el odontólogo responsable del área de O.D.F, aplicando 56 prediagnósticos, 40 niños del sexo masculino y 16 del sexo femenino. Los estudios fueron aplicados en los jardines de niños evitando así el desplazamiento lo cual favoreció la asistencia de los niños citados.

### Resultados del estudio de prediagnóstico.

Periodo Inicial			Periodo medio			Periodo final		
Areas de atención	Niño	Niña	Areas de atención	Niño	Niña	Areas de atención	Niño	Niña
Lenguaje	14	4	Lenguaje	1	0	Lenguaje	0	0
O.D.F.	0	0	O.D.F.	0	0	O.D.F.	0	0
Psicomotricidad	16	2	Psicomotricidad	0	0	Psicomotricidad	0	0
Area médica	4	5	Area médica	1	0	Area médica	0	0
Orientación a padres	14	3	Orientación a padres	1	0	Orientación a padres	0	0
Jardín de Niños	0	0	Jardín de Niños	0	0	Jardín de Niños	0	0
Estudio Diagnóstico	8	8	Estudio Diagnóstico	0	0	Estudio Diagnóstico	0	0
Otra institución	0	0	Otra institución	0	0	Otra institución	0	1

**Tabla 7.** Los resultados se presentan en los tres periodos de atención a lo largo del ciclo escolar.

Los niños que fueron canalizados directamente a las áreas de atención son aquellos cuya valoración determinó que su problemática requiere de esa terapia, aquellos niños que presentaron alteraciones múltiples en su aprendizaje se canalizan a estudio diagnóstico, con la seguridad de que serán candidatos al grupo de estimulación múltiple. Como se observa en la tabla 1 la terapia más demandada es lenguaje generalmente por problemas en la articulación.

En las entrevistas iniciales que conforman el prediagnóstico se identificó que la población asistente proviene de un nivel socioeconómico bajo, formado por familias con tres hijos en promedio y compartiendo vivienda con otros familiares. Su nivel de escolaridad es primaria terminada algunos con secundaria y una

minoría con una carrera corta; Se dedican al comercio, como empleados y choferes, percibiendo un salario mínimo o indefinido cuando se dedica al comercio, las mujeres se dedican generalmente al hogar y se les delega la educación de los hijos.

Realicé 17 diagnósticos (12 niños del sexo masculino y 5 del femenino). 12 en el inicio de curso y 5 en el medio curso, canalizando 7 al grupo de estimulación múltiple (algunos con apoyo en otras terapias) y los restantes a terapias complementarias tal como lo muestra la tabla 2.

### Resultados del estudio Diagnóstico.

Periodo Inicial			Periodo medio		
Areas de atención	Niño	Niña	Areas de atención	Niño	Niña
Estimulación Múltiple	2	3	Estimulación Múltiple	2	0
Lenguaje	3	1	Lenguaje	4	0
O.D.F.	1	0	O.D.F.	0	0
Psicomotricidad	4	2	Psicomotricidad	1	0
Area médica	2	0	Area médica	0	0
Orientación a padres	4	1	Orientación a padres	2	0
Jardin de Niños	1	0	Jardin de Niños	0	0
Otra institución	0	0	Otra institución	1	0

**Tabla 8.** Se realizaron los diagnósticos en dos periodos únicamente.

En la aplicación del diagnóstico se complementa la información acerca de los antecedentes del niño enriquecido por las pruebas psicométricas, permitiendo obtener mayor información de los antecedentes del niño. De forma general se encontraron dificultades desde la concepción del embarazo; generalmente son

embarazos no planeados ni deseados, existe un rechazo de la madre que se ha manifestado con intentos de aborto, depresiones, irritabilidad y negación (argumentando que la causa del rechazo se debe a la carencia económica), falta de apoyo de la pareja, seguida de este rechazo que es aceptado conforme transcurre el embarazo le continúa la desnutrición de la madre, la negligencia médica en la administración indiscriminada de medicamentos, sufrimiento fetal por retardar el parto, cesáreas con anestesia general donde la madre desconoce las condiciones del alumbramiento, traumatismos en el bebé, etc. En el desarrollo neuromotor del niño se detectan retrasos y enfermedades crónicas sobre todo respiratorias, convulsiones, diarreas, infecciones estomacales y desnutrición.

Los niños al acudir al estudio se muestran inquietos, algunos nerviosos por la presión de los padres, otros muy dependientes de la figura materna y en algunos casos se pospuso la prueba cuando se detectaba que el niño no estaba en condiciones emocionales de someterse a las valoraciones o bien existía cansancio en ellos.

A pesar de la sensibilización previa a los padres de familia para asistir al servicio de C.A.P.E.P, algunos no se presentan, debido a la negación sobre los déficit del niño, a la lejanía del servicio y/o bajos recursos económicos.

Se comienza en este periodo la atención de psicología en su modalidad de orientación psicopedagógica y orientación individual a padres para ello realicé 15 entrevistas a padres que habían sido canalizados, conteniendo en la entrevista datos más específicos sobre la dinámica familiar, se consideró sus antecedentes personales, la etapa de noviazgo, los primeros años de matrimonio, rasgos de carácter, relación de pareja, educación de los hijos, etc.

La información obtenida permitió estructurar los temas que conformaron la atención, y determinar el tipo de modalidad que responde mejor a sus necesidades. Se inició un grupo de orientación a padres con la asistencia de 20

padres, entre ellos se detecta como problemática principal: el alcoholismo, conflictos de pareja por infidelidad o ausencia de la figura paterna, desacuerdos en la educación de los hijos, mal manejo de las conductas problema de los niños, baja autoestima, maltrato infantil, desnutrición, condiciones de hacinamiento, etc.

En el **medio curso** (comprende los meses de diciembre a febrero) los estudios psicométricos dejan de realizarse con frecuencia, dando mayor atención en las modalidades (ver tabla 7 y 8).

En este periodo se formó otro grupo de orientación a padres contando con la asistencia de 16 padres de familia y un día de orientaciones individuales, para esta modalidad contaba con la asesoría una vez por semana del Doctor Juan Guadarrama donde se exponían casos identificando las problemáticas y las posibles estrategias de intervención, se manejaban las sesiones desde un enfoque psicoanalista describiendo la información de los casos en términos de un análisis clínico que debía resolverse en un periodo de tiempo de diez sesiones a lo sumo, lo cual no era posible considerando el enfoque y por la escasa preparación de los psicólogos en el manejo terapéutico.

En la orientación individual fueron resultados muy subjetivos ya que para los padres les era difícil crear conciencia sobre los efectos de su comportamiento y su historia personal sobre las dificultades que pudieran presentar sus hijos, se visualizan los déficit y problemas de conducta como algo inherente al niño y que debiera tratarse con ellos directamente.

La población que se vio beneficiada de la atención psicológica fueron los grupos de orientación ya que los temas partieron del interés y necesidades de ellos permitiendo su participación abiertamente para exteriorizar sus dudas y comentarios, la mecánica de trabajo fue directiva por parte del coordinador centrada en el enfoque psicopedagógico empleando un lenguaje sencillo y accesible a las características de la población.

Los grupos de estimulación múltiple se fueron conformando al concluir la etapa diagnóstica; las terapeutas responsables de éstos grupos demandaban al igual que todos los años la atención del psicólogo con los niños que presentaban problemas de conducta, los cuales mostraban algunos cambios con la orientación a padres, sin embargo no se daba un seguimiento de las conductas del niño en el aula y se desvinculaba la dinámica familiar del proceso escolar.

En respuesta a esta demanda se estructuró un "Programa de atención con Acupuntura" a uno de los dos grupos de estimulación múltiple (el cual se describe con amplitud en el capítulo IV). Este programa fue sometido a revisión y aceptación por parte de la Asesora Técnica del Area Lic. Martha Sierra Gómez y autoridades correspondientes (Directora, Supervisora y Jefa de Oficina Operativa; Lic. Ma. Trinidad López Cruz, Lic. Adriana Fuentes y Mtra. Hilda Ortega respectivamente el cual dio inicio en el mes de febrero con la primera fase.

En el **fin de curso** (meses de marzo a junio) realice entrevistas de orientación a padres y continuaron las orientaciones psicopedagógicas grupales e individuales. En el fin de curso se considera una etapa intensiva para la aplicación de las revaloraciones a través de las pruebas psicométricas para la obtención de los resultados finales de los niños de los grupos de estimulación múltiple.

#### **Resultados de las revaloraciones.**

Canalización	Niño	Niña
Jardín de Niños	0	1
Primaria Regular	1	3
Primaria con apoyo USAER	4	3
Subsecuente en C.A.P.E.P	1	0

**Tabla 9.** Se aplicaron 13 revaloraciones.

De acuerdo a los resultados de la tabla 9, la niña canalizada a jardín de niños

superó sus dificultades y por su edad cronológica se canaliza otro año de permanencia en el jardín, en el caso de los niños canalizados a primaria con apoyo U.S.A.E.R (Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular) son por requerir apoyo en alguna área de aprendizaje y por último, el niño subsecuente continúa en el grupo de estimulación múltiple por no haber superado sus déficits.

En lo que respecta al programa de atención propuesto con Acupuntura llevado a cabo con el grupo de estimulación múltiple se encontró que las revaloraciones aplicadas a éstos fueron exitosas, encontrándose que el 80% fueron canalizados a primaria regular superando sus deficiencias; en comparación con el grupo que no participó en este programa, cuyos niños (80%) continuaron con apoyo de U.S.A.E.R en primaria y algunos subsecuentes en C.A.P.E.P, situación que se presenta cotidianamente en los grupos de estimulación múltiple.

En los grupos de orientación a padres el 25% del total se dio de baja por inasistencias (deserciones al tratamiento) justificadas algunas por falta de recursos económicos para trasladarse al jardín de niños donde se proporcionaban las orientaciones, y el 75% restante se dio de alta por haber realizado cambios en la dinámica familiar favoreciendo la conducta del niño y en algunos casos extinguiendo sus conductas problema.

### 3.3 Alcances y limitaciones en el área de Psicología.

Para contextualizar los alcances y limitaciones del psicólogo en C.A.P.E.P, se habla del nacimiento de la institución como un servicio paralelo a la educación preescolar regular, tal como se ha venido mencionando a lo largo de este reporte de prácticas profesionales. Contando con sus propios programas sin compartir la currícula básica de preescolar y atendiendo al niño fuera de su contexto escolar.

En este aspecto Margarita Arroyo<sup>8</sup> señala que desde el punto de vista pedagógico, se vive una escisión, donde una vertiente corresponde al enfoque del programa regular y la otra al de los programas implementados por los C.A.P.E.P, dirigidos a niños "diagnosticados" con deficiencias y patologías en su desarrollo, sosteniendo la exclusión de los niños de su grupo con base en etiquetas clínico- patológicas mal fundamentadas. Propone fortalecer el desarrollo e implementación de propuestas curriculares básicas y generales aboliendo los programas paralelos.

Considerando estos aspectos, se entiende que C.A.P.E.P se encuentra desvinculado en sus programas de intervención con el sistema regular razón por la cual no se logra una integración real de los niños, y se atiende desde un modelo clínico con carencias pedagógicas.

Al hablar de los alcances que se cumplieron en el área de psicología, podemos mencionar sin duda en primer lugar el trabajo realizado a través de sus diferentes modalidades con los padres de familia, que les permitió conocer más acerca de sus hijos, involucrarse como educadores y formadores de hábitos, mejorar el ambiente familiar, propiciando relaciones afectivas y de convivencia que les facilitó corregir los problemas de conducta que presentaban. Aunque estos logros no

---

<sup>8</sup> Arroyo, Margarita. "Pensar la calidad de la atención especial desde la dimensión humana de los sujetos". Texto presentado en el panel sobre Población en la Conferencia Nacional Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales: Equidad para la diversidad, realizada en Hualtulco, México, del 16 al 18 de abril de 1997.

pueden generalizarse se considera que existió una reflexión de su actuar como padres.

En las orientaciones a padres encontré como limitante el no contar con un marco conceptual definido que regule la intervención del psicólogo, incluso en el ámbito de normatividad no se especifica la tendencia teórica, creando confusión entre las modalidades que se presentan con un enfoque psicoanalista y otras desde el enfoque genético.

El adaptar el psicoanálisis en la práctica del psicólogo educativo nos presentan limitaciones; que si bien aporta mucho a la práctica clínica, la misión de C.A.P.E.P se plantea como psicopedagógica con una intervención educativa que no es congruente con el enfoque.

Además, la amplitud que existe en las modalidades de atención del psicólogo dio pauta al manejo indiscriminado de técnicas carentes de metodología, y en algunas modalidades (orientación dinámica a padres y orientaciones individuales) el psicólogo se encuentra enfrascado en un papel clínico, realizando intervenciones terapéuticas de análisis profundo sin contar con la preparación y la experiencia para ello, ocasionando como respuesta tratamientos prolongados, inconclusos por las fechas institucionales, y en algunos casos incapacidad para dar cierre a situaciones personales conflictivas que se abrieron en las sesiones de tratamiento.

En la etapa de evaluación (prediagnóstico y diagnóstico), la participación del psicólogo es primordial en el funcionamiento de C.A.P.E.P al formar un perfil del niño e identificar las áreas que habrán de estimularse, sin embargo esta etapa se lleva mucho tiempo durante el ciclo escolar que reduce la atención. Con las pruebas psicométricas empleadas, no se especifica las potencialidades del niño, sólo sus déficit y su coeficiente intelectual (superior, normal, subnormal y limitrofe), se somete al niño a diferentes pruebas que pueden tener margen de error por las variables que se presentan, se estudia al niño en situaciones de aislamiento

omitiendo la observación en el contexto escolar donde se produce el problema, además de emplearse un lenguaje clínico con términos que etiquetan y clasifican a los niños.

La enorme carencia en este sentido es la falta de evaluación de las dificultades del niño de acuerdo a lo que se espera de él en la currícula básica, donde se debieran considerar las pruebas psicométricas como un instrumento más, además la falta de participación y observación del niño en su entorno escolar por parte del psicólogo y la falta de comunicación con la educadora en forma directa, omite información valiosa en el diagnóstico del niño que sería muy útil para conocer información reciente, evaluar y corroborar los resultados obtenidos en las terapias que se reciben.

La intervención de psicólogo en forma directa con el niño sólo se da en las valoraciones y en una la modalidad de terapia de juego, ésta es poco practicada por los psicólogos, sólo dos centros en el Valle de México la realizan debido al número de psicólogos que se requieren, la capacitación en la modalidad y el número reducido de preescolares que se cubren. Siendo necesaria su intervención con los niños que presentan problemas de conducta que repercute de manera importante en su proceso de aprendizaje.

La atención "integral" del niño que propone C.A.P.E.P, no se materializa considerando que cada área de atención se interesa por trabajar las dificultades que atañen su especialidad tomando sólo una parte del niño para estudiarla y atenderla, al cual posteriormente intentan reconstruir en la revisión de casos cuando se reúnen todos los especialistas para realizar la evaluación y canalización final del niño, no lográndose así un enfoque integral.

La situación que se presenta en los grupos de estimulación múltiple de los niños que no logran superar sus dificultades y permanecen en grupo como subsecuentes, o bien son enviados a primaria con apoyo por haber cumplido los

seis años, nos habla de que el modelo vigente no está siendo funcional y no existe una atención interdisciplinaria real con todas las áreas de atención. El área de psicología por ejemplo, realiza la evaluación previa al ingreso del niño y al final del ciclo escolar y los resultados de éstas valoraciones son determinantes para la canalización, confiriéndole al psicólogo un poder decisivo en el futuro del niño, quedando en segundo término las valoraciones hechas por los terapeutas de grupo. En este sentido las valoraciones debieran ser sólo parte de la evaluación, teniendo el mismo valor que las observaciones hechas por el terapeuta de estimulación y los avances obtenidos por el niño en su aprendizaje dentro de una situación escolar.

Otro factor que influye en el rendimiento de los niños de grupo, es la atención que se recibe en el área médica encargada de evaluar y canalizar a los niños, que muestren signos de disfunción cerebral o antecedentes patológicos a estudio neurológico (canalización externa a instituciones de salud o consultorios particulares), que siempre da como resultado una medicación generalizada a trastornos similares sin considerar la individualidad de cada niño y la sensibilidad a los medicamentos, en esta co-participación no existe comunicación directa sobre el desempeño del niño, ni mucho menos seguimiento en su contexto escolar y/o familiar. Sin embargo en los niños ocurren muchos trastornos físicos, emocionales y mentales que sí se encuentran presentes e influyen en su proceso de aprendizaje.

Considerando todo lo anterior para mejorar la práctica del psicólogo en C.A.P.E.P se tendría que definir un marco conceptual dirigido al objetivo de la institución que diera mayor claridad a la participación del psicólogo y facilitara la planeación de las orientaciones a padres. Así como replantear la misión institucional para formar parte de la integración educativa que permita incluir a todos los niños en una

Escuela regular, dando respuesta educativa ahí donde se produce la dificultad.<sup>9</sup>

Por último, tomando en cuenta las necesidades de los niños que son canalizados a C.A.P.E.P y la demanda de los terapeutas de estimulación múltiple al área de psicología, en la atención de los niños con problemas de conducta, se describe en el siguiente capítulo el "Programa de atención con Acupuntura" estructurado para los niños con dificultades de aprendizaje y conducta, enmarcado desde un enfoque integral.

---

<sup>9</sup> Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular U.S.A.E.R. "Cuadernos de Integración Educativa No. 4".

## **CAPITULO IV**

### **ALTERNATIVAS Y PROPUESTAS.**

#### **4.1 Programa de Acupuntura con niños que asisten a C.A.P.E.P.**

La atención de los niños que presentan problemas de aprendizaje y conducta, ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas (pedagogía, medicina, psicología, etc.) quienes los definen y clasifican de acuerdo a su objeto de estudio, proporcionando así una intervención fragmentada del niño y por tanto limitada para entender la deficiencia.

En el C.A.P.E.P se trabaja desde un modelo clínico que es rebasado por la demanda actual, donde los niños requieren una atención integral que de respuesta a sus deficiencias sin tener que pagar un precio por ello, como es el caso de los niños que se someten a tratamiento neurológico administrándoles medicamentos agresivos que repercuten en su desarrollo e interacción con el medio social, siendo esto un motivo de preocupación personal cuando en la intervención psicológica me he enfrentado a los efectos secundarios que repercuten en los avances conductuales que logran los niños, además de desvincular a los padres de familia en el proceso de educación, delegando los avances y retrocesos en un medicamento.

Fue así como surgió el interés de vincular la atención psicológica con la terapia de acupuntura, considerando los beneficios que aportan ambas y buscando una integración a la ya fragmentada figura del niño.

El programa que se propone está fundamentado en una terapia de Acupuntura. Nos aproximamos a ésta como una técnica que se sustenta en el concepto de la energía vital que en japonés se le llama KI, en chino CHI, la cual mueve todo lo existente. Esta energía vital circula armoniosamente en el organismo y esta

constituida por la existencia de dos fuerzas que al mismo tiempo que son antagónicas son complementarias, YIN y YANG, todas las cosas y seres están regidos por estas dos cualidades.

La energía (ki) circula armónicamente en todo el cuerpo a través de sus canales llamados "meridianos", que corresponden cada uno a un órgano diferente. Estos son: los meridianos de pulmón, intestino grueso, intestino delgado, estómago, bazo, corazón, pericardio, riñón, vesícula biliar, hígado, ren, du y sanjiao (que no es un órgano y se conoce como meridiano de la mano). Todos ellos tienen una relación interna con los órganos y externa con los tejidos, formando así un todo integral.<sup>1</sup>

Cada meridiano se compone de puntos específicos que son usados en el diagnóstico y tratamiento, intentando guardar un equilibrio de la energía vital con los meridianos. En esa relación integral, encontramos amplias posibilidades de la acupuntura en tratamientos para desórdenes mentales, depresivos, hiperactividad, problemas de desarrollo; como motores, articulatorios, entre otros".<sup>2</sup>

Los textos más antiguos de la acupuntura (hace seis mil años) afirman que si el psiquismo está en paz, equilibrado, el individuo está menos predispuesto a padecer enfermedades e incluso se encuentra completamente libre de ellas. Los chinos consideran que hay tres causas que pueden afectar la salud; las causas cósmicas, las causas alimenticias y las causas psíquicas.

a) Las causas cósmicas desequilibran el sistema electrónico de los meridianos, que vibra en resonancia con estas influencias. Pueden así provocar un desequilibrio interno en las funciones de los órganos provocando trastornos diversos.

<sup>1</sup> Kushi, Michio. "La Filosofía y Medicina Oriental". Traducido por Hans Uhrlep Blankhart. 1ª. Edición. Ed. Chakra Centrum, Barcelona, 1981. P. 13.

<sup>2</sup> "Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China". Versión castellana de Zhang y Zheng Jing. 1ª. Edición. Ediciones en Lenguas Extranjeras Beijing, 1984.

- b) Las causas alimenticias son por desequilibrio alimentario o malnutrición. Pero en medicina china se realiza además una clasificación diferente, según los sabores en correspondencia con los órganos afectados.
- c) Las causas psíquicas pueden entrañar por sí mismas la desorganización de todo el sistema energético de los meridianos y provocar perturbaciones múltiples.<sup>3</sup>

La actividad psíquica no está separada en acupuntura de la actividad orgánica, esta última sostenida a su vez por la energía de los meridianos. Un desfallecimiento de los órganos produce una modificación del comportamiento psíquico correspondiente. Pero a la inversa una tendencia psíquica excesiva o errónea provoca la perturbación de la función orgánica correspondiente. Los meridianos serían de algún modo el nexo de unión entre lo físico y lo psíquico. Comprendiendo esto la acupuntura es una medicina psicosomática.<sup>4</sup>

El tratamiento de acupuntura en el programa propuesto se basa en la estimulación de puntos que correspondan a su problemática, mediante la aplicación de "balines o semillas" que producen un efecto constante de estimulación, el cual permite un desbloqueo energético y restablece el equilibrio entre los órganos para un buen desarrollo físico y mental.

Es importante considerar que el tratamiento con la acupuntura no trae efectos secundarios y es recomendable en casos crónicos, en el ámbito preventivo y como parte del desarrollo óptimo en el caso de los niños.<sup>5</sup>

En la medicina tradicional china hay cuatro métodos básicos de diagnóstico: inspección ocular, auscultación y olfacción, interrogación y palpación. Cada uno de

---

<sup>3</sup> Requena, Yves. "Acupuntura y Psicología. Hacia una nueva aproximación de la Psicosomática". Ed. Mil y Una ediciones. Madrid. 1985. P. 80 – 83.

<sup>4</sup> Requena. Op. Cit. P. 95.

<sup>5</sup> Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión China. Op.cit.

los cuatro métodos diagnósticos juega un papel especial en el diagnóstico de la enfermedad. Combinando los cuatro métodos se puede obtener un conocimiento cabal y sistemático de la situación de la enfermedad y hacer un diagnóstico correcto.

1. Inspección ocular: Implica la observación de la expresión de la cara, el color la apariencia de la piel y la lengua del paciente.
2. Auscultación y Olfacción: En la auscultación se consideran el habla, la respiración y la tos. En la olfacción; se trata de oler los diversos tipos de secreciones y excreciones corporales.
3. Interrogación: Implica preguntar al paciente o acompañante de éste sobre la enfermedad con el propósito de conocer el proceso patológico. El contenido de la interrogación se resume en: sobre el frío y el calor, sobre la transpiración, sobre el alimento y las bebidas, el apetito y el gusto, sobre la orina y heces, sobre el dolor, sobre el sueño.
4. Palpación: La palpación es un método de diagnóstico por el cual se detectan las condiciones patológicas mediante la palpación, el tacto y la presión en ciertas áreas del cuerpo. Se toma el pulso tomando la parte de la arteria radial de la muñeca. Se pueden palpar los canales y sus puntos identificando los puntos dolorosos que nos indican un desequilibrio.<sup>6</sup> La localización de estos puntos dolorosos se le denomina en el tratamiento propuesto puntos de alarma.

Una parte integrante de la acupuntura son los *puntos auriculares* que con los puntos del cuerpo forman un todo, es decir, un sistema único energético obediente a las leyes Yin – Yang. Al tratamiento de éstos puntos auriculares se denominan **Auriculopuntura**, que consiste esencialmente en la búsqueda de los puntos

---

<sup>6</sup> Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China. Op. Cit. P. 41-52.

dolorosos que nos conduce a deducir el meridiano correspondiente a tal o cual órgano. Los antiguos escritos chinos consideraban que "La oreja es el espejo – reflejo de las lesiones del cuerpo".<sup>7</sup>

El diagnóstico de la auriculopuntura consiste en apoyar la aguja buscadora sobre la oreja hasta la aparición del dolor (fruncimiento de las cejas, rechinar de los dientes, gritos, etc.). Una vez que el punto doloroso sea encontrado, se planta una aguja<sup>8</sup> o se colocan balines dejándolos de forma permanente.

#### 4.1.1 Justificación y función del psicólogo.

El interés de relacionar la acupuntura con la psicología, permite al psicólogo precisar la dimensión fisiológica del desarrollo del niño y por consiguiente somática, en la diferenciación del carácter; formando una nueva relación entre psique y soma. Este conjunto de correlaciones permite determinar mejor, no sólo el carácter, sino también la vulnerabilidad física y mórbida del sujeto, unida a su constitución.<sup>9</sup>

Las funciones normales, actividades de los órganos y las vísceras constituyen la base sobre la que se organizan las actividades mentales. La disfunción de cualquiera de ellos ejerce influencia negativa en las actividades mentales. Así el corazón atesora, el shen<sup>10</sup>; los pulmones, el coraje; el hígado, el alma; el bazo, la idea y los riñones, la voluntad.

A este respecto Suwen dice: "la ira daña el hígado, la alegría perjudica el corazón, la meditación perjudica el bazo, la tristeza daña los pulmones, el temor daña los riñones". Con el surgimiento de las alteraciones emocionales, se pierde la

<sup>7</sup> Van. Nguycn. "Auriculopuntura". Traducción Roberto Castell, Colección: Medicinas Mitenarias, Editorial Cabal. Madrid. 1980. P. 9, 92.

<sup>8</sup> Van Nguycn. Op.cit. p. 206.

<sup>9</sup> Requena. Op. Cit. P. 106.

<sup>10</sup> Considerado como espíritu.

normalidad de la conducta, decaen la memoria y la inteligencia y se producen otros cambios mentales negativos semejantes.<sup>11</sup>

En un estudio realizado por Dr. Sergio López Ramos (1987)<sup>12</sup>, con niños mexicanos de retardo en su desarrollo se reportaron resultados favorables al reducir conductas hiperactivas, de autodestrucción, se incrementaron periodos de atención y comprensión. En casos de niños con disfunción cerebral sometidos a un tratamiento médico, se redujo al máximo el uso de medicamentos, obteniendo avances en sus dificultades.

Por lo cual se concluyó que la acupuntura puede contribuir a mejorar la condición de salud orgánica y emocional de los niños, favoreciendo mayores posibilidades de desarrollo, dentro de sus limitaciones y sin el riesgo de efectos secundarios que alteren su salud. Es muy alta la posibilidad de superación de deficiencias, debido a que su condición está en proceso de construcción.

Considerando las aportaciones de la terapia de acupuntura al tratamiento de enfermedades mentales y apoyado de estudios realizados con niños con problemas de aprendizaje, se estructuró este programa tomando en cuenta las características, posibilidades, limitaciones de los niños, así como el contexto donde se desenvuelven.

---

<sup>11</sup> Chenggu, Yc. "Tratamiento de las Enfermedades Mentales por Acupuntura y Moxibustión". Ediciones en Lenguas Extranjeras, Beijing, 1987. P. 13,14.

<sup>12</sup> López, Sergio. "Acupuntura y Psicología: Una Búsqueda en la Intervención de las Alteraciones Psicológicas". UNAM, 1988. Cuadernos de psicología 1. P.14.

## 4.2 Metodología propuesta.

Se plantea como **objetivo general**: Atender y corregir los trastornos de conducta que presentan los niños del grupo de estimulación múltiple en el C.A.P.E.P Coacalco durante el ciclo escolar 97/98, con el propósito de facilitar su proceso de aprendizaje a través de un tratamiento con acupuntura y asesoría psicológica.

**Población**: Participaron 21 niños del Grupo de Estimulación Múltiple, 12 niños y 9 niñas entre 4 y 6 años de edad, provenientes de un nivel socioeconómico bajo.

**Situación experimental**: El tratamiento se llevó a cabo en un salón de clases del grupo de estimulación múltiple que se encuentra anexo al Jardín de Niños Ahuitzol, ubicado en Juan Fernández Albarrán s/n, Villa de las Manzanas, Coacalco. Este salón contiene un escritorio y silla para adulto, mesas de madera y sillas de plástico infantiles, un pizarrón. Se encuentra seccionado por áreas de trabajo y materiales pedagógicos, contando con ventanas que permiten iluminación y ventilación natural.

**Materiales Usados**: Una linterna, tijera escolar, localizador de puntos de acupuntura, semillas de mostaza, cinta adhesiva "transpore", abatelenguas desechables y registros individuales (ver anexo 2).

**Duración**: Se emplearon 20 sesiones en total de 4 horas cada una; 1 sesión para la etapa de sensibilización; 3 sesiones para el diagnóstico; 15 para el tratamiento y 1 para la evaluación. La frecuencia de cada sesión fue una vez a la semana.

### PROCEDIMIENTO.

El programa se desarrolló en dos fases; la Fase A y la B.

La **fase A** constó de dos etapas; en la primera se realizó una sensibilización a los padres de familia y la segunda se elaboró un diagnóstico de acupuntura individual, considerando los estudios e información previamente elaborada por los especialistas de C.A.P.E.P al ingreso del niño al grupo de estimulación múltiple en los expedientes generales, para definir el tratamiento.

De igual forma, la **fase B** constó de dos etapas; la primera etapa consiste en la aplicación de semillas de mostaza en puntos de acupuntura según el tratamiento definido en la fase A, y la segunda etapa la evaluación final con el análisis de resultados.

## **F A S E "A"**

### **ETAPA I (sensibilización).**

Realicé una platica de sensibilización de 60 minutos, reuniendo a los padres de familia cuyos hijos asistían al grupo de estimulación múltiple, se dio una breve explicación sobre los problemas conductuales y de aprendizaje que presentaban sus hijos al ser canalizados a C.A.P.E.P (información obtenida anteriormente con la valoración de los especialistas de C.A.P.E.P), así como los apoyos que recibirían de los especialistas, enseguida se planteó el programa de acupuntura explicando claramente sus propósitos, técnica, resultados obtenidos en tratamientos con niños, efectos, la participación que tendrían durante el tratamiento, la descripción de la metodología empleada. Se respondieron todas las dudas planteadas por los padres. Al finalizar se les pidió su consentimiento, en caso afirmativo se anotó el nombre del niño en un registro, en caso negativo se respetó su decisión.

### **ETAPA II (Diagnóstico).**

El diagnóstico se realizó en tres sesiones, en un horario de 8:30 a 12:30; en la primera sesión se revisó el expediente general de cada niño para retomar sus datos generales, (antecedentes familiares, desarrollo neurológico y los resultados

de las valoraciones realizadas por los especialistas de C.A.P.E.P), registrando la información en el "Registro individual" del anexo 2.

En la segunda sesión se realizó una observación directa al grupo para conocer e identificar a los niños sometidos al programa y sus relaciones interpersonales, rasgos de personalidad y niveles de aprendizaje. Las observaciones pertinentes se anotaron de igual forma en el anexo 2.

La tercera sesión se programó en 15 minutos para cada uno. Se realizó una evaluación física la cual consistió en localizar en la oreja del niño los *puntos de alarma*, que indican los órganos desequilibrados; para su identificación se observó con una linterna la oreja y con el localizador de puntos de acupuntura se recorrió la misma para corroborar los puntos. También se identificaron los puntos de alarma del cuerpo y se revisó la lengua. Esto se anotó en el registro individual, complementando la información que dio pauta para la elección de los puntos de acupuntura tratados en cada niño.

## Auriculopuntura

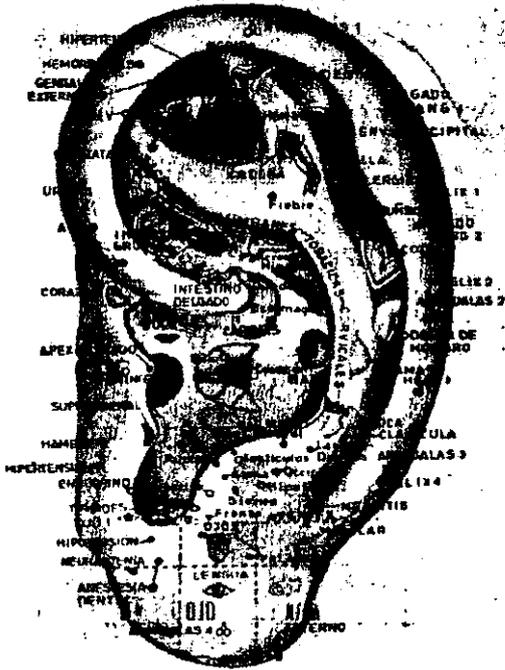


Figura 7. Representación de los puntos de acupuntura en la oreja.

### FASE "B".

#### ETAPA I (tratamiento).

El tratamiento se desarrolló a lo largo de 15 sesiones, una sesión cada semana con una duración de 4 horas; 10 minutos aproximadamente para cada niño. El tratamiento consistió en estimular puntos de acupuntura a través de la colocación de semillas de mostaza puestas con cinta adhesiva transparente en algunas partes del cuerpo y en oreja, las cuales se quedan en forma permanente hasta caerse solas o bien hasta que se los quiten, es por ello que se habló con cada niño para sensibilizarlos sobre la utilidad del tratamiento y la importancia de su participación y colaboración en el cuidado de sus semillas.

En las dos primeras sesiones considerando el diagnóstico individual, se procedió a colocar semillas en los puntos indicados para equilibrar su energía.

En las siguientes 13 sesiones se llevó a cabo el tratamiento específico para el problema que presentó cada niño, los cuales se agrupan en dos modalidades:

1. Problemas conductuales como: agresión, hiperactividad, rebeldía, timidez, hipoactividad, miedos y enuresis.
2. Problemas de aprendizaje como: déficit de atención, atención dispersa, bajo nivel de comprensión y memoria, problema de lenguaje.

Para cada modalidad se seleccionaron de entre los siguientes puntos los que corresponden a sus características personales según el resultado del diagnóstico: Intestino Grueso **I.G** 4, 9,17,20; Pulmón **P.** 1, 5, 7, 9; Riñón **R.** 3, 5, 6 y 7; Hígado **H.** 2, 5 y 9; Bazo **B.** 2, 3, 6 y 7; Estómago **E.** 36 y 41; Corazón **C.** 3, 5 y 7; Intestino Delgado **I.D.** 3, 17; Vejiga **V.**62, 63 y 64; **DU.** 23; **REN.** 4,5,15; constricto de corazón. En oreja **Shen men, corazón, bazo.**

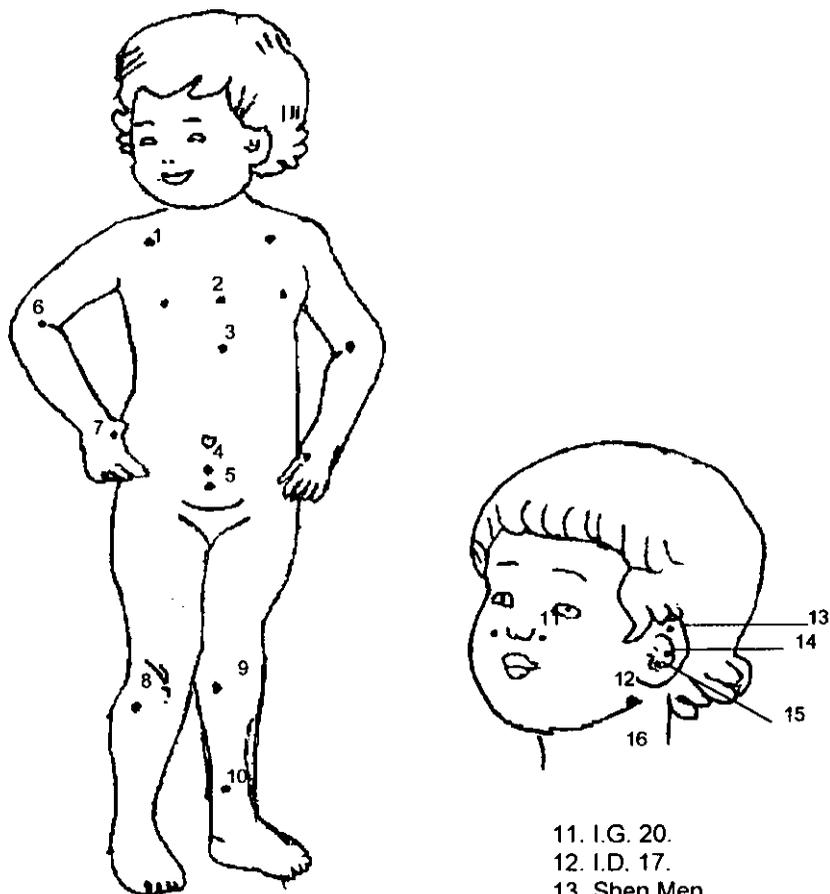
Se empleó Shen Men para la ansiedad e inquietud; Bazo para estimular el proceso de aprendizaje; así como corazón para los estados emocionales melancólicos.

Se elaboró un "Registro de Seguimiento" (ver anexo 3) anotando las observaciones realizadas en cada sesión; retomando las aportaciones de la terapeuta del grupo, padres de familia y niños, así como los resultados obtenidos durante el tratamiento.

## **ETAPA II (evaluación).**

En la etapa de evaluación se realizó un análisis de resultados el cual muestra la evolución de cada niño.

## Ubicación de los Puntos de Acupuntura.

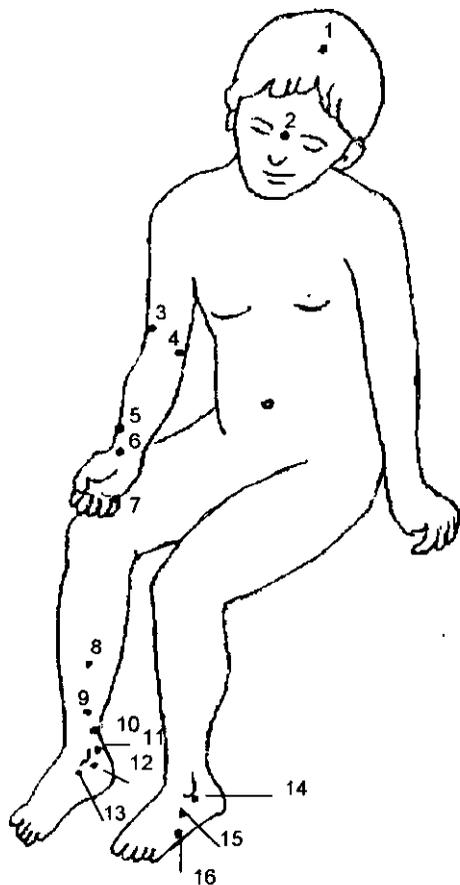


1. P. 1
2. Constricto de corazón.
3. REN 15.
4. REN 5.
5. REN 4.
6. I.G. 9
7. I.G. 4.
8. E. 36.
9. H. 9.
10. H.5.

11. I.G. 20.
12. I.D. 17.
13. Shen Men.
14. Bazo.
15. Corazón.
16. I.G.17.

Figura 8. Puntos de acupuntura empleados en el tratamiento.

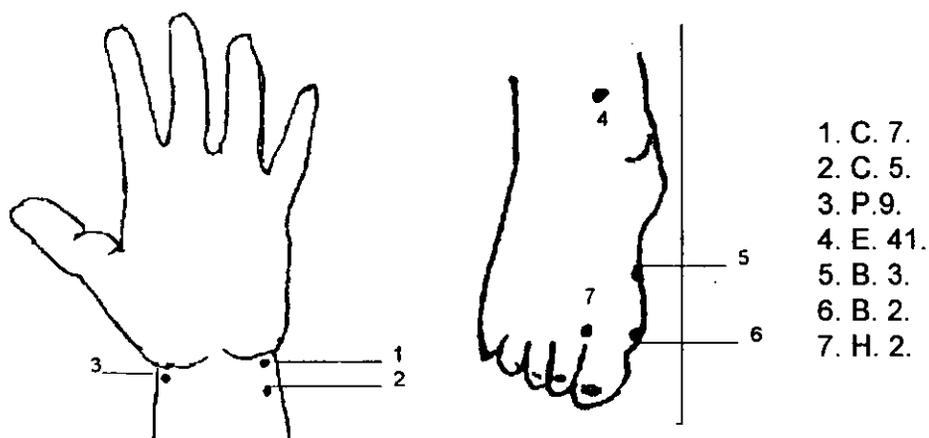
### Ubicación de los puntos de acupuntura.



1. DU. 23.
2. Yintang.
3. P. 5.
4. C. 3.
5. P. 7.
6. P. 9.
7. I.D. 3.
8. B. 7.
9. B. 6.
10. R. 7.
11. R. 3.
12. R. 5.
13. R. 6.
14. V. 62.
15. V. 63.
16. V. 64.

**Figura 9.** Puntos de acupuntura en la parte interna del cuerpo empleados en el tratamiento.

### Ubicación de los puntos de acupuntura.



**Figura 10.** Puntos de acupuntura en manos y pies empleados en el tratamiento.

### **4.3 Recolección de datos.**

La recolección de datos se llevó a cabo a través de los registros individual y de seguimiento (anexo 2 y 3) considerando las entrevistas y valoraciones hechas por los especialistas de C.A.P.E.P, así como las observaciones de la terapeuta del grupo.

La presentación de datos se elaboró de acuerdo a las etapas marcadas en la metodología del proyecto, retomando en la parte de tratamiento la historia personal de los niños.

#### **4.3.1 Etapa de sensibilización.**

A la plática asistieron todos los padres de familia de los niños del grupo contando con la presencia de tres padres (hombres); al concluir la plática surgieron preguntas en torno a los resultados de este tratamiento y el costo que tendría para ellos, al comentarles que no les ocasionaría reembolso económico y al exponer los resultados obtenidos en otros estudios, todos manifestaron aceptación y mucho interés en que sus niños superaran sus dificultades.

#### **4.3.2 Etapa de diagnóstico.**

Al iniciar la etapa diagnóstica se le comentó a cada niño que les iba a colocar unas semillas en su cuerpo, lo cual iba a ayudarles a sentirse bien y ser inteligentes, se les mostró el material y la forma como serían colocadas, se les solicitó su colaboración y aceptación, en la mayoría de ellos existió una respuesta positiva con entusiasmo, otros manifestaron miedo, curiosidad y uno rechazo.

Para la realización del proyecto se asignó un área del salón de clases que contaba con una mesa alta revestida con una colchoneta, se nombraba a cada niño conforme a su registro permaneciendo el resto de los niños en clases, lo cual no se logró totalmente ya que al compartir el aula los niños se dirigían constantemente al área de trabajo.

Durante esta etapa se mostraron muy accesibles a colaborar siguiendo las indicaciones que se les daban, preguntaban que se veía en la oreja, y se les mostró la representación de los puntos de Auriculopuntura mencionando que era similar a la suya; algunos niños participaron de la actividad observando alguna oreja. El tiempo de la sesión no fue suficiente por lo que se requirió un día más.

Los puntos de alarma con mayor frecuencia entre los niños de acuerdo a los registros fueron: **corazón, riñón, pulmón, nervio occipital, amígdalas, bazo e hígado**. Hubo algunos puntos en común en los niños que presentan Disfunción Cerebral Mínima y reciben tratamiento neurológico, los puntos en oreja fueron: **Nervio Occipital, Riñón e Hígado**.

Se encontró en la mayoría amígdalas hipertróficas, caries, salpullido, resequedad y manchas blancas en la piel, falta de higiene, además de contar con una alimentación deficiente consistente básicamente en leche, pan, pastas, carne, algunas leguminosas, refrescos, dulces en exceso, escasamente fruta y verdura.

En su mayoría los niños han sido tratados con medicamentos para sus problemas recurrentes de vías respiratorias no encontrándose resultados favorables, además en 6 casos los niños reciben tratamiento neurológico administrándoles ritalin, encephabol, tegretol.

### 4.3.3 Etapa de tratamiento.

Los resultados derivados del tratamiento se presentarán en dos momentos; en el primero se describe la información obtenida sobre la dinámica grupal y el segundo se describe la historia personal de los niños que se muestran en Apéndice I; considerando los aspectos pre, peri y post-natales, antecedentes del desarrollo neurológico, enfermedades, dinámica familiar, descripción de sus alteraciones basados en las valoraciones realizadas por el equipo multidisciplinario de C.A.P.E.P, describiendo en forma general los resultados, que serán analizados en el apartado siguiente.

En la primera sesión de tratamiento se nombró a cada niño para la colocación de sus semillas en los puntos seleccionados de acuerdo a la evaluación diagnóstica, para lo cual no fueron suficientes las semillas preparadas y se tenían que elaborar en el momento, esto causó mucha curiosidad entre los niños, principalmente Jorge quién fue mi colaborador proporcionándolas e incluso quería colocarlas.

Las mamás reportaron que no les duraban las semillas o que se las quitaban, por este motivo la terapeuta del grupo habló con los niños sobre el cuidado de ellas, también se realizaron actividades para involucrarlos en el tratamiento como: quitarse los zapatos, subirse a la mesa, descubrir sus brazos, piernas, etc. Fue así que comenzaron a cuidar sus semillas, algunos identificaban el lugar donde debía colocárselas, otros simplemente las aceptaban.

Algunas mamás comenzaron a manifestar dudas e inquietudes y en su mayoría apoyaban el tratamiento. Una de ellas le cuestionó el que su hijo comenzara a superar sus miedos, esto hizo que evitara llevarlo al grupo ese día, y comentó que su religión le prohibía ese tratamiento.

En la segunda sesión Jonathan se presentó con merthiolate en la nariz, su mamá se lo puso por el catarro, se habló con ella y se le sugirió que le diera polen, propoleo, frutas con vitamina C, etc., la mamá solicitó que se lo diera por escrito y al marcharse dejó la hoja en el salón como una muestra de desinterés, a lo que la Terapeuta mencionó que ella es así y tiene que repetirle las indicaciones en varias ocasiones.

Fue muy notorio el abandono afectivo que viven algunos niños, en especial Christopher, se le pidió a su mamá que le prestara mayor atención y cariño, ella se sorprendió y se le explicó que el niño lo necesitaba para alimentar su confianza y autoestima, la respuesta a esto fue que el niño era "tremendo" y no sabía cómo dirigirse a él que no fueran regaños, sin embargo los castigos no le funcionaban.

En la tercera sesión los niños adquirieron confianza, inclusive me llamaban por mi nombre. Cuando se les caía alguna semilla mostraban interés en recuperarla e incluso indicaban el lugar para que se las colocara.

Conforme transcurrieron las sesiones los niños platican sus anécdotas, se acercaban en forma amistosa, y llegaron a tener demostraciones de afecto.

A la mitad del tratamiento la terapeuta del grupo comentó que los niños estaban muy inquietos, que a veces no podía controlarlos y que esto mismo le reportaban los padres, (esto indicó los cambios que comenzaron a producirse iniciándose con la liberación de los bloqueos energéticos); se le dieron algunas sugerencias a la terapeuta sobre el manejo de la energía del grupo, planteando ella misma actividades de trabajo.

Se realizaron asesorías a los padres que lo solicitaron, escuchando sus demandas que se centraban básicamente en: incrementa la energía y por lo tanto actividad en los niños, mayor curiosidad sobre su entorno, mayor energía que era

considerada anormal en los niños pasivos y tímidos, interés en las actividades desarrolladas en la escuela, expresión espontánea de sus estados de ánimo (alegría, enojo, llanto, etc.). Estas conductas eran motivo de preocupación por considerarse como hiperactividad.

Se les pidió que hicieran una reflexión y comparación sobre los cambios detectados de su ingreso a ese momento, a lo cual reportaron que ya no se enfermaban tanto los niños, que había mejorías en su lenguaje, se relacionaban mas, no tenían miedos, incluso los que presentaban enuresis nocturna había desaparecido. Se habló sobre el desarrollo armónico del niño y las diferentes etapas que atraviesa que son vividas con cambios en su personalidad, se les sugirió que era conveniente un acercamiento para conocer y guiar estos cambios que les suceden. En los casos de niños con exceso de actividad se les indicó que redujeran el consumo de harinas y azúcar refinada para contrarrestar tal efecto.

#### 4.4 Análisis de resultados.

Se aplicó un tratamiento de Acupuntura a 21 niños; 9 del sexo femenino y 12 del masculino, de los cuales 2 se dieron de baja por inasistencias al grupo el día de la aplicación. Cada niño recibió en promedio 8 sesiones.

En la **etapa de diagnóstico** se obtuvieron los antecedentes pre, peri y post-natales de los niños así como sus características familiares, ésta información se agrupó en la siguiente tabla haciendo una diferenciación entre niños y niñas.

##### Características familiares y del embarazo.

Características familiares y del embarazo	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
Embarazo no deseado	1	4	5
Amenaza de aborto	4	1	5
Anemia durante el embarazo	2	0	2
Problemas emocionales en el embarazo	3	1	4
Anoxia	1	1	2
Cesarea	4	5	9
Ictericia	2	1	3
Convulsiones	2	0	2
Retardo psicomotor	0	2	2
Enuresis nocturna	3	1	4
Medicamento neurológico	3	3	6
Problemas respiratorios	5	4	9
Poca estimulación en casa	1	2	3
Rechazo materno	0	3	3
Rechazo paterno	2	0	2
Sobreprotección materna	4	0	4
Problemas de pareja	5	6	11

Tabla 10. Características familiares presentadas en orden cronológico.

Como se observa en la tabla 10, las niñas fueron en mayor medida productos de embarazos no deseados a diferencia de los niños; la mitad de ellas fue parto por cesarea, en dos casos presentando retardo psicomotor, los niños en cambio presentaron mayor incidencia de amenazas de aborto y problemas emocionales durante el embarazo, presentándose 4 casos de parto por cesarea. Los niños presentan mayor incidencia de enuresis nocturna con relación a las niñas, 3 casos con tratamiento neurológico y en la misma proporción las niñas, casi la mitad de los niños (as) presentan problemas en vías respiratorias. El rechazo paterno se encuentra en los niños y el rechazo materno en las niñas; una característica peculiar de los niños es la sobreprotección materna que no sucede en las niñas. El rubro que obtuvo el mayor índice de casos (11) fue los conflictos en la relación de pareja.

En lo que respecta a los problemas de aprendizaje y trastornos de conducta que se identificaron en la etapa diagnóstica, se presenta la información recabada en las tablas 11 y 12, diferenciando los producidos por los niños y las niñas.

### Problemas de Aprendizaje

Problemas de Aprendizaje	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
Disfunción cerebral mínima	1	2	3
Déficit de atención	2	1	3
Alteración visomotora	3	0	3
Fallas de Memoria	3	2	5
Torpeza motora	5	1	6
Problema de lenguaje	8	4	12
Atención Dispersa	7	6	13
Baja Comprensión	8	6	14
Bajo Razonamiento	8	6	14

Tabla 11. Categorías con mayor incidencia en problemas de aprendizaje.

Los problemas de aprendizaje en los aspectos de déficit de atención, alteración visomotora, fallas de memoria, torpeza motora y problemas de aprendizaje se presentan con mayor frecuencia en los niños, en cambio en la atención dispersa, bajo nivel de comprensión y razonamiento se presenta con mucha frecuencia en ambos sexos.

### Problemas de conducta.

Problemas de conducta	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
Hipoactividad	0	1	1
Tristeza	0	2	2
Baja tolerancia a la frustración	0	2	2
Nerviosismo	0	3	3
Miedos	2	1	3
Rebeldía	2	2	4
Timidez	3	1	4
Ansiedad	3	1	4
Dependencia matema	3	1	4
Llanto	4	0	4
Dificultad de relacionarse	5	1	6
Hiperactividad	4	1	5
Agresividad	5	3	8
Inquietud	3	5	8
Inseguridad	8	6	14

**Tabla 12.** Categorías con mayor incidencia en problemas de conducta.

En lo referente a problemas de conducta la mayor incidencia de los niños se encuentra en el llanto, dificultad para relacionarse, hiperactividad, agresividad e inseguridad y las niñas en nerviosismo, agresividad, inquietud e inseguridad. Las conductas mayor presentadas de forma general en ambos casos fueron la agresividad, inquietud e inseguridad.

Los puntos de alarma que se repiten frecuentemente son: corazón, bazo, pulmón, riñón, estómago, hígado, nervio occipital, se encuentran problemas de piel con manchas o resequedad, saburra blanca, rostros pálidos, sin brillo y aspectos tristes, principalmente en los que padecen enfermedades crónicas.

En la **etapa del tratamiento** se emplean diversos puntos de acupuntura correspondiendo a las características y necesidades personales de los niños, algunos tratamientos fueron retomados de los planteados por Sussman<sup>13</sup> en trastornos físicos del desarrollo, enuresis, inquietud, trastorno del lenguaje, bajo rendimiento escolar y dificultad para relacionarse.

Para mostrar los resultados obtenidos se elaboraron dos tablas resumiendo la información cualitativa de los niños describiendo las conductas problema, los cambios detectados a través del tratamiento, considerando tanto a la terapeuta de grupo como a las terapias complementarias y en la columna de observaciones se retoman aspectos relevantes durante el tratamiento enfocadas principalmente a la dinámica familiar.

En la tabla 4, se describen los niños de sexo masculino, encontrándose en su mayoría (7 casos) que manifiestan atención dispersa, dependencia materna, comportamiento retraído, inseguridad, problemas de salud, inquietud, ansiedad.

En su aprendizaje; problemas visomotores, bajo nivel de comprensión y razonamiento. Se encuentran 5 casos con conductas agresivas, inquietud, ansiedad, rebeldía, impulsividad. En los cambios logrados encontramos una reducción considerable de sus conductas problema, avances en el proceso de aprendizaje que fue corroborado con la revaloración aplicada por C.A.P.E.P (pruebas psicométricas).

---

<sup>13</sup> Sussman, D. "Acupuntura". Teoría y práctica. La antigua terapéutica China al alcance del médico práctico" Buenos Aires: Kier S.A 10ª. Edición, 1993.

En los casos de los 6 niños medicados tres de ellos redujo la dosis y en dos casos los padres decidieron retirar el medicamento durante el tratamiento de acupuntura sin presentarse a consecuencia de ello trastorno alguno.

En la columna de observaciones se reportan algunos problemas familiares como; falta de disposición de algunos padres a realizar cambios, o bien a colaborar en él (los) tratamiento (s) de sus hijos, padres que reciben apoyo psicológico mostrando interés y disposición siendo una minoría (3 casos), algunos que atraviesan por conflictos de pareja severos y los casos de deserciones por falta de interés.

## Resultados obtenidos en niños.

NOMBRE	CONDUCTAS PROBLEMA	No. DE SESIONES	CAMBIOS	OBSERVACIONES
Luis Angel	Tímidez, no se comunica verbalmente, dependencia materna, bajo nivel de comprensión y memoria.	2	No se logró evaluar cambios.	Dejó de asistir al grupo ese día.
Juan Martín	Ansiedad, nerviosismo, llanto excesivo, dependencia materna, se aísla, disfunción cerebral, atención dispersa, bajo nivel de comprensión y razonamiento, medicación tegretol.	8	Reduce ansiedad, mayor seguridad, llanto esporádico, independencia de la madre, integración y convivencia con sus compañeros, mejora su atención y comprensión. Continúa su medicación.	En el aspecto cognitivo aún requiere apoyo y estará en grupo.
Jhovany	Ansiedad, inquietud, atención dispersa, bajo nivel de comprensión, torpeza motora, impulsivo. Amigdalitis crónica y sobrepeso.	11	No se manifiesta ansioso, se redujo su inquietud y atención dispersa; favoreciendo su aprendizaje. Mejoró su problema de amigdalitis e incluso bajo de peso.	Existe mal manejo de las conductas del niño en casa.
Juan Carlos Hdez.	Impaciente e irritable, se aísla, atención dispersa, problemas motores, disfunción. Al inicio no accede al tratamiento, no colabora.	12	Después de 4 sesiones acepta las semillas, existe disposición se muestra independiente. Reduce sus enojos, disminuye su dispersión.	No permitió que se le colocaran semillas en oreja argumentando que con ellas no escucha.
Christopher	Hiperactivo, rebelde, miedos, ansioso, atención dispersa, verborreo. Atención dispersa, alteración visomotora, baja comprensión.	9	Reduce su actividad y atención dispersa, aún manifiesta rebeldía a toda autoridad. Avances en el área cognitiva.	No existe apoyo de los padres y al parecer el papá se está involucrando lo cual reforzará los cambios.
Juan Carlos Murillo	Inquietud, atención dispersa, impulsivo, agresivo, no respeta reglas.	10	Se presentaron los cambios posteriores al tratamiento, se redujo notablemente su agresión e inquietud, mejoró su atención dispersa.	Se dieron orientaciones psicológicas a la mamá para que realizara cambios en el niño.
Daniel	Tímido, atención dispersa, dificultad para relacionarse, dependiente de la madre. Problema severo de lenguaje, atención dispersa, alteración visomotora.	8	Interactúa y se relaciona con sus compañeros, independiente de la madre, supera atención dispersa. Aún presenta desarrollo intelectual bajo y problema de lenguaje.	La madre es entusiasta y apoya los tratamientos.
Jorge	Agresivo, ansioso, atención dispersa, hiperactividad, tiende a aislarse. Problema de lenguaje y comprensión.	10	Se redujo su actividad y ansiedad, aprende a relacionarse sin agresión, sin embargo requiere apoyo de los padres. Mejora su problema de lenguaje.	Existen conflictos familiares y mucho abandono afectivo hacia el niño.
Adrian	Tímido, inseguro, aspecto deprimido, bajo de peso, dificultad para relacionarse, problema de vías respiratorias. Atención dispersa, torpeza motora, comprensión.	9	Adquiere seguridad, mejora su aspecto y salud, se relaciona fácilmente. Mejora su atención y comprensión.	La madre le dedica más tiempo y atención.
Jonathan	Inseguro, tímido, bajo nivel de comprensión y razonamiento, se presenta desaseado, problema en vías respiratorias, alimentación deficiente.	3	Se relaciona mejor, mejora su comprensión, su expresión es diferente con más brillo.	Tienen inasistencias y finalmente se le dió de baja porque sus padres se separaron.
Alonso	Tímido, inseguro, se aísla, no se comunica, problema severo de lenguaje, torpeza motora, irritable, disminuido de peso, rostro pálido y si brillo, se presenta con poca higiene. Medicación encephabol.	8	Se relaciona e interactúa con sus compañeros, se comunica verbalmente, se redujo su torpeza motora, su rostro se vuelve expresivo y presenta mayor higiene. La mamá decide suspenderle el medicamento neurológico.	La mamá dejó de trabajar y dedica más tiempo al niño.
Emanuel	Miedos, nerviosismo, inquieto, presenta enuresis nocturna, crisis de asma. Bajo nivel de comprensión y razonamiento y torpeza motora.	5	Adquiere seguridad, se redujeron sus miedos, mejoró su enuresis y sus problemas respiratorios. Mejora en el área de aprendizaje.	Padres agresivos con conflictos conjugales. La madre dejó de llevar al niño a grupo el día del tratamiento.

Tabla 13. Resultados obtenidos durante y posterior al tratamiento.

La gráfica 1 ilustra los efectos logrados en el tratamiento encontrando que en el 70% de los niños se produjo un efecto notable en el cambio de sus conductas problema, es decir, se redujeron al mínimo. El 30% se lograron efectos regulares, se refiere a cambios parciales de sus conductas o que los cambios requieren reforzarse. No se presentaron efectos nulos incluso los niños que recibieron pocas sesiones comenzaban a manifestar cambios.

### Efectos producidos en los niños



Gráfica 1. Porcentaje de los efectos logrados en los niños.

En la tabla 14, se observa que la mayor parte de las niñas (6 casos) manifiestan conductas de nerviosismo, inquietud, comportamiento retraído, atención dispersa, melancolía, inseguridad, problemas respiratorios. Se encontró un solo caso de inquietud excesiva, agresión y atención dispersa. Se identificaron dos casos visibles de disfunción cerebral con atención dispersa e inseguridad con quienes se lograron importantes cambios en su personalidad. En el área de aprendizaje presentan menor incidencia de dificultades y logran superarse satisfactoriamente a diferencia de los niños. Las niñas bajo tratamiento neurológico redujeron las dosis por superar sus alteraciones.

En la columna de observaciones se reportan algunos casos de niñas que se antepusieron a la problemática familiar, donde a pesar de no ser favorable logran

avances, no involucrándose tanto en los conflictos. La mayoría de los padres de las niñas (5 casos) se involucran en el tratamiento recibiendo asesorías psicológicas que les permiten superar sus conflictos en la relación con sus hijas y la relación de pareja.

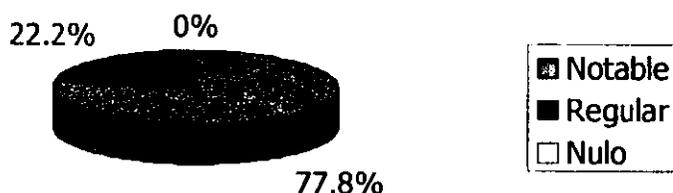
### Resultados obtenidos en niñas.

NOMBRE	CONDUCTAS PROBLEMA	No. DE SESIONES	CAMBIOS	OBSERVACIONES
Abril Margarita	Nerviosa, inquieta, tímida, atención dispersa, aspecto melancólico, bajo nivel de comprensión y razonamiento.	8	Adquiere seguridad, superó su atención dispersa, su rostro es más expresivo, mejora en las áreas de aprendizaje.	Se antepone a la problemática familiar.
Ana Jezabel	Retraída, no se relaciona, no se comunica verbalmente con adultos, agresiva, en ocasiones parece deprimida. Problema de lenguaje, déficit de atención con hiperactividad, bajo razonamiento, medicamento neurológico Ritalin.	8	Se relaciona un poco más, los cambios fueron inconstantes ya que mejoraba notablemente y después continuaba con algunas conductas. Su aspecto mejoró es más expresiva y logra interactuar con adultos. Reduce hiperactividad y obtiene avances en su aprendizaje, reduciendo su dosis farmacológica.	Existe un poco de rechazo hacia la niña, mala relación con la madre, lo cual no favoreció el proceso, pero la madre está dispuesta a recibir apoyo psicológico.
Neri Azucena	Inseguridad, nerviosismo, inquietud, no participa en grupo, atención dispersa, problema de lenguaje y área visomotora.	13	Adquiere seguridad muestra mucho interés en su tratamiento, se relaciona con sus compañeros, redujo su nerviosismo, se expresa libremente, mejora en el aprendizaje.	Existió apoyo de los padres en el tratamiento y realizaron algunos cambios para apoyarla.
Magda Yael	Comportamiento melancólico, en ocasiones inquieta y agresiva, poca tolerancia a la frustración. Crisis asmáticas. Atención dispersa, bajo razonamiento.	9	Se controló su inquietud y agresión, adquiere mayor seguridad, deja de presentar crisis asmáticas. Mejora en atención y razonamiento.	Abandono afectivo y maltrato hacia la niña.
Karen Alexis	Hiperactiva, ansiosa, agresiva, atención dispersa, rebeldía, problemas crónicos de vías respiratorias. Atención dispersa.	12	Se redujo su actividad y ansiedad, no presenta conductas agresivas, mejoró su problema de salud. Mejora su atención.	Se requiere consolidar sus cambios en casa.
Claudia	Insegua, nerviosa, aspecto triste, agresiva. Presenta frecuentemente de vías respiratorias. Problema de lenguaje, bajo nivel de comprensión y razonamiento.	9	Adquirió autonomía, se relaciona, su rostro expresa entusiasmo. Mejora su lenguaje, comprensión y razonamiento.	Los padres asisten a pláticas psicológicas.
Paola	Disfunción cerebral, atención dispersa, inestabilidad emocional a veces se manifiesta insegura y otras independiente. Medicación encephabol.	9	Seguridad en sí misma, disminuye su disfunción y logra elevar su nivel intelectual, participativa. Deja el medicamento.	Se contó con el apoyo de la mamá, al enfrentar los conflictos que existían en su relación con la niña.
Angye Stephanie	Disfunción cerebral, hipoactividad, insegura tímida, dependiente de la madre. Bajo nivel de comprensión y memoria. Medicación encephabol.	11	Se relaciona con sus compañeros, se vuelve independiente de la madre, adquiere seguridad. Su ritmo de trabajo continúa lento, pero eleva notablemente su nivel intelectual. Reduce su dosis farmacológica.	Mucha colaboración de la madre.
Karen Alejandra	Irritable, agresiva, inquieta, atención dispersa. Se presenta con poca higiene y malos hábitos alimenticios. Atención dispersa, bajo razonamiento.	12	Se manifiesta alegre, entusiasta, se relaciona fácilmente, desaparece su atención dispersa. Mejoró su higiene y alimentación.	Se le sugirió a la mamá que cambiara su alimentación y tuviera buena higiene y hubo una respuesta favorable.

Tabla 14. Resultados obtenidos durante y posterior al tratamiento.

La gráfica 2 muestra que el 77% de las niñas, tuvo cambios notables en sus conductas problema, el 22% efectos regulares que tendrán que reforzarse en casa y se encuentran en proceso, ya que los padres se muestran interesados en recibir ayuda psicológica y presentan disposición al cambio. Es importante mencionar que en algunos casos no existieron cambios en la problemática existente en la dinámica familiar, a pesar de ello se obtuvieron cambios significativos en las niñas.

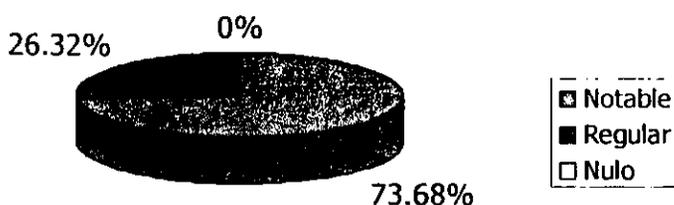
### Efectos producidos en las niñas



**Gráfica 2.** Porcentaje de los efectos logrados en las niñas.

En la gráfica 3 se integran los resultados generales del tratamiento, indicando que el 73% de los niños obtuvo un efecto notable en sus trastornos de conducta, el 26% efecto regular y el 0% efecto nulo.

## Resultados obtenidos en el Tratamiento



**Gráfica 3.** Porcentaje de los efectos logrados en ambos sexos.

Generalmente el tratamiento producía efecto luego de 3 - 5 sesiones en algunos niños sensibles. Se observa que la tendencia a las conductas problema prevaleció en el sexo masculino, al igual que la dependencia materna, y las niñas registraron el mayor número de asistencias.

### EXPLICACIONES ADICIONALES:

- Al tiempo de recibir terapia en los puntos de acupuntura, los niños mejoraron sus hábitos alimenticios. Incluyendo en su alimentación frutas, verduras crudas, redujeron el consumo de azúcares y harina refinada e incluyeron en su dieta el polen.
- Algunos padres recibieron asesoría psicológica para apoyar los cambios producidos en los niños.
- Los niños recibían periódicamente sus terapias complementarias como: lenguaje, O.D.F, psicomotricidad y valoraciones de área médica.

- Existió una excelente coparticipación de la terapeuta de estimulación múltiple en sus intervenciones pedagógicas lo que facilitó en gran medida los avances logrados por los niños en el área de aprendizaje.
- Se estableció comunicación directa y estrecha con la terapeuta responsable del grupo para el seguimiento y obtención de resultados.

## CONCLUSIONES

El desarrollo de este reporte de prácticas profesionales muestra la función del psicólogo en C.A.P.E.P, realizando una crítica a su labor profesional y proponiendo mejoras a su práctica. Para ello se muestra en primera instancia el nacimiento de la educación especial como una institución paralela a la escuela ordinaria, contando con una currícula propia y fundamentada en un modelo clínico de diagnóstico y atención especializada. En la actualidad este modelo deja de ser funcional para explicar y atender las dificultades en el proceso de aprendizaje. Las tendencias mundiales de la escuela integradora permiten replantear la misión de la educación especial, situación que comienza a darse en algunos niveles, no así para C.A.P.E.P.

Si partimos de que C.A.P.E.P forma parte de la educación preescolar y que atiende a los niños que presentan alteraciones en su desarrollo, debería compartir de igual forma la currícula de preescolar; explicar y atender las dificultades ahí donde se produce la necesidad, tomando en cuenta el nivel de desarrollo de los niños, las potencialidades con las que se cuenta y los propósitos que plantea el programa de preescolar. Todo esto, sin la necesidad de fragmentar al niño para que cada especialista estudie una parte de él en situaciones de aislamiento y bajo parámetros reduccionistas. Esta fragmentación se traduce en estilos de vida donde prevalece la negación a sentir y vincular éste con el actuar, lo cual dificulta llegar a la concreción de los procesos de desarrollo.

La función que realiza el psicólogo en C.A.P.E.P presenta serias limitaciones en cuanto a su intervención con los niños que presentan alteraciones en su desarrollo. Esto se da principalmente en la evaluación psicométrica, cuando se identifican sólo los déficit de los niños para su posterior canalización, considerando ésta como determinante en el futuro tratamiento del niño.

Mediante la atención que se brinda a través de la orientación a padres de familia, se obtienen avances importantes, tales como se presentan en el capítulo tres, los cuales no tienen resultados permanentes al carecer de una intervención integral, es decir, que se considera un solo factor del entorno que rodea al niño: el familiar.

En este rubro, le resulta imposible al psicólogo poderlo integrar a pesar de los intentos realizados en el trabajo interdisciplinario con el resto de las áreas. Los resultados que se han generado a partir de este modelo de atención son:

- Un uso indiscriminado de medicamentos neurológicos, para atender los trastornos de aprendizaje y conducta que ocasionan efectos secundarios en el cuerpo, aunado con administración de dosis prolongadas.
- Una alta incidencia en los niños del grupo de estimulación múltiple que al concluir el ciclo escolar requieren del servicio de USAER (Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular), para su escolarización en primaria.<sup>1</sup>
- Y la demanda constante de terapias psicológicas para los niños con trastornos conductuales, requeridas por las terapeutas de los grupos de estimulación múltiple.

Ante estos resultados aceptables a la luz de la institución, pero que indiscutiblemente no dan respuesta a las necesidades del sector de la población atendida según lo expuesto en el capítulo tres, y desde un punto de vista holístico estructuré un programa con Acupuntura dirigido a los niños de un grupo de Estimulación Múltiple.

---

<sup>1</sup> Información que puede ser consultada en los informes estadísticos del C.A.P.E.P durante el ciclo escolar en cuestión.

Los resultados obtenidos de este programa, muestran cambios considerables en los trastornos de conducta y aprendizaje, aún en los niños que no recibieron apoyo o cambios en la dinámica familiar. Los logros obtenidos se corroboraron en las valoraciones realizadas en C.A.P.E.P que revelan el aspecto cognitivo. En cuanto al aspecto conductual fue medido a través de los reportes de observación durante mi intervención, así como los reportes de la terapeuta del grupo y los padres de familia, ejes fundamentales de esta propuesta.

En las asesorías psicológicas a los padres de los niños que conformaban el grupo, se realizaron reflexiones sobre su participación en la formación de sus hijos y se proporcionaron elementos para ampliar su capacidad de elección que pudieran romper con los patrones instituidos por la cultura.

El emplear la acupuntura con los niños les permitió establecer un canal de comunicación y adquirir habilidades tales como: quitarse los zapatos al inicio de cada sesión, subirse a la mesa de trabajo, colocarse algunas semillas, toma de conciencia sobre su cuerpo, expresión de sus síntomas cuando estaban enfermos, interés porque se les aplicaran sus semillas, mejoramiento en sus lapsos de atención, capacidad para mantener una conversación sobre anécdotas personales e incluso expresión de conflictos familiares.

En este sentido, la acupuntura proporcionó otras formas de apropiación de su historia familiar y permitió a los niños plantearse otras opciones de vida aún en las situaciones adversas de su entorno, logrando con ello una liberación energética que les hizo tomar conciencia de su cuerpo, vincularse con él y cuidarlo. Esto les facilitó a su vez interactuar en un ambiente escolarizado; como ejemplos más representativos de este proceso son los niños Emanuel, Christopher, Magda Yael y Abril Margarita. Ellos dejaron de somatizar ante situaciones de falta de atención, rechazo, conflictos de sus padres, desamor y deciden aceptar las adversidades fortaleciéndose y encontrando que existen otros caminos de desarrollo. Hubo otros

niños en cambio que contaron con el apoyo incondicional de sus padres logrando vincularse en el proceso de sus hijos.

Es importante mencionar que la intervención del psicólogo con el apoyo de métodos alternativos (acupuntura, auriculopuntura, masaje, alimentación, etc.), ha sido trabajada desde finales de los 80's por otros psicólogos que laboran en el Centro de Estudios y Atención Psicológica A.C (C.E.A.P.A.C), atendiendo casos de niños con alteraciones diversas en su desarrollo, en donde se encontraron coincidencia en los resultados al disminuir los problemas de aprendizaje y conducta. Si se desea conocer la metodología y los resultados alcanzados se pueden remitir a los libros citados:<sup>2</sup>

Considero que el psicólogo educativo requiere replantear su misión e incorporarse realmente en el campo de la salud, comprometiéndose a la búsqueda de opciones que permitan tener una lectura del cuerpo diferente, es decir, abierta, flexible e incluyente con los procesos emocionales, sobre todo si se toma en cuenta los procesos de maduración de los niños en esta etapa, que sin duda definirá su vida personal y escolar.

Ello nos invita a que reflexionemos sobre la formación académica que recibimos los psicólogos. Tomando como ejemplo este reporte, me atrevo a decir que se sufre una carencia de alternativas cuando se analizan los resultados limitados y en algunos casos insuficientes en la atención y tratamiento con los niños. En la relación de las emociones con el cuerpo, resulta imposible analizarlas desde un pensamiento causal, requerimos conceptos que formen y planteen opciones de construcción en las diversas condiciones del ser humano. Se tiene que considerar la existencia de una energía que se mueve en el cuerpo y puede afectar su curso por trastornos emocionales.

---

<sup>2</sup> López, S., y Colaboradores. "Zen, Acupuntura y Psicología", Ed. Plaza y Valdés, CEAPAC, México, 1997.  
López, S., y colaboradores. "Los niños del CEAPAC". ED. Estampa, Artes Gráficas, México, 1996.

Más allá de una simple reflexión académica quiero enfatizar que la experiencia obtenida al trabajar con niños me llena de satisfacción al compartir una mutua enseñanza, que refuerza mi interés por la búsqueda de opciones para comprender el mundo infantil, y contribuir a encaminar el futuro de nuestras próximas generaciones.

Basado en lo anterior puedo concluir que la función del psicólogo en el CAPEP se encuentra limitada y carente de respuesta hacia la demanda de los niños en sus problemas de aprendizaje y conducta, y que el tratamiento con la acupuntura es una alternativa viable a través del programa desarrollado, que permite integrarse en el contexto escolar y brinda la posibilidad al niño de construir su propio proceso corporal.

Sin embargo, se requiere enriquecer aún más el estudio de la acupuntura en el tratamiento de alteraciones en el desarrollo del niño, además se pueden incluir otras terapias bajo la misma filosofía, generando con ello un abanico de posibilidades que va más allá del estudio de este reporte. Tales como la terapia Gestalt, Bioenergética, Flores de Bach, por mencionar algunas; que nos plantean líneas de investigación posteriores y abren la frontera de lo que hoy se considera la psicología.

**BIBLIOGRAFIA**

ALVAREZ, Carmen; TORRES, Carmen; GARZA, Margarita; ARIAS, Elena; PEREZ, Patricia; SEVILLA, Elena; GONZALEZ, Jorge. Educación del Deficiente Mental en México. Discapacidad Intelectual. Sociedad Mexicana para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental. México, D.F, 1998.

ARROYO, Margarita. Pensar la calidad de la atención especial desde la dimensión humana de los sujetos. Texto presentado en el panel sobre Población en la Conferencia Nacional Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales: Equidad para la diversidad, realizado en Huatulco, México, del 16 al 18 de abril de 1997.

BAUTISTA, Rafael. Necesidades Educativas Especiales. Ed. Aljibe, España, 1993.

BENDER, Laretta. Bender Gestalt Test.

BUSHNELL, Irwin. Perspectivas de los estudios del niño.

CHAULET, Eliane. La discapacidad mental. Apoyos para la superación de niños con problemas de aprendizaje. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1988.

CHETLEY, Andrew. Medicamentos Problema. Perú: Health Action International (HAI), Acción Internacional para la Salud (AIS), 1995.

CHENGGU, Ye. Tratamiento de las Enfermedades Mentales por Acupuntura y Moxibustión. Ediciones en Lenguas Extranjeras, Beijing, 1987.

COHEN, Dorothy. Cómo aprenden los niños. Biblioteca para la actualización del maestro, SEP, 1997. Edición de la autora 1972.

Cuadernos de Integración Educativa No.3. Declaración de Salamanca de Principios, Política y Práctica para las Necesidades Educativas Especiales, U.S.A.E.R., México.

Dirección General de Educación Preescolar. Secretaría de Educación Pública. El programa de educación Preescolar. Publicaciones SEP, 1992.

Dirección General de Educación Inicial y Preescolar. Dirección de Operación de Jardines de Niños. Departamento de Operación de C.A.P.E.P. Prediagnóstico. Coordinación No. 1 de C.A.P.E.P. Septiembre 1991.

FITZGERALD, Hiram, STROMMEN, Ellen, McKINNEY, John. Psicología del Desarrollo. El Lactante y el Preescolar. Traducido por: Pedro Rivera. Ed. El Manual Moderno S.A de C.V. México D.F, 1998.

Folleto Informativo de la SEP para la Dirección General de Educación Preescolar, Departamento de operación de C.A.P.E.P, 1988.

Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China. Versión al castellano de Zhang Jun y Zheng Jing. Ediciones en lenguas extranjeras. Beijing, 1984. República Popular China.

GALLEGOS, Ramón. Educación Holista. Pedagogía del Amor Universal. Editorial Pax México. México, 1999.

GUAJARDO, Eliseo. Integración e inclusión como una Política Pública Educativa en América Latina y el Caribe. Ponencia para el III Congreso Iberoamericano de Educación Especial Praná, Brasil, 1998.

ILLAN, Nuria. Didáctica y organización en educación especial. Colección Educación para la Diversidad. Ediciones Aljibe, España, 1996.

KUSHI, Michio. La Filosofía y Medicina Oriental. Traducido por: Hans Blankhert, 1ª. Edición Editorial Chakra Centrum. Barcelona, 1981.

Lineamientos normativos para la operación en el área de psicología. C.A.P.E.P. Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Educación Elemental, Dirección General de Educación Preescolar. Septiembre de 1991.

Lecturas de apoyo para el curso - taller: Importancia de la participación de los especialistas de los centros de atención Psicopedagógica de Educación Preescolar en el proceso de enseñanza - aprendizaje. Supervisión de CAPEP en el Estado, Instituto de Educación Aguascalientes, abril de 1994.

LOPEZ, Sergio. Acupuntura y Psicología: una búsqueda en la intervención de las alteraciones psicológicas. Ed. UNAM, ENEP Iztacala, 1988.

LOPEZ, Sergio. Los niños del CEAPAC. Ed. Estampa, Artes Gráficas, México, 1996.

LOPEZ y Colaboradores. Zen, Acupuntura y Psicología. CEAPAC. ED. Plaza y Valdés, Mex., 1997.

MACIOCIA, Giovanni. The treatment of mental and emotional problems with Acupuncture and Chinese Herbs. American Journal of Acupuncture, 1994. vol. 22, No. 4. Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zuviran.

MARCHESI, Alvaro. , COLL, Cesar. , PALACIOS, Jesús. Desarrollo Psicología y Educación. Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar. Editorial Alianza, México, 1997.

MAZZOCO, Alberto. Monografía Municipal. www. Coacalco.com. 1999.

MYERS. "Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje". Cap.3 Ed. Limusa, México, 1998.

Monografía Municipal. Ciudad Coacalco de Berriozábal, 1962 – 1987.

MORALEDA, Mariano. Psicología del Desarrollo. Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud. Grupo Editor Alfaomega S.A de C.V. México D.F, 1999.

RENSHAWW, Domeena. El niño hiperactivo. Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1977.

REQUENA, Yves. Acupuntura y Psicología. Hacia una nueva aproximación de la psicósomática. Ed. Las mil y una ediciones. España, 1985.

SANCHEZ, A., TORRES, J. Educación Especial II. Ambitos específicos de Intervención. Ediciones Pirámide. Madrid, 1997.

SANCHEZ, P., CANTON, M., SEVILLA, D. Compendio de Educación Especial. Ed. El Manual Moderno S.A de C.V. México, D.F, 1997.

Secretaría de Educación Pública. Guía para la planeación de la docente. Ciclo escolar 1998 – 1999. México, D.F 1998.

Secretaría de Educación Pública. Manual de Organización del Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar en los Estados, 1985.

Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Básica. Técnicas e Instrumentos que apoyan el Programa de Detección y Prevención de Educación Preescolar. México, 1992.

Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Psicomotricidad. C.A.P.E.P, 1991.

Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Psicología. C.A.P.E.P, 1991.

Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. Lineamientos Normativos para la Operación en el Area Médica. C.A.P.E.P, 1991.

Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Ortopedia Dentofacial. C.A.P.E.P, 1991.

Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. Lineamientos Teóricos para la elaboración del Perfil del niño que asiste a C.A.P.E.P. México, 1991.

Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. Apoyo Técnico Metodológico para los Especialistas de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar que proporcionan orientación a Padres. Septiembre de 1991.

Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. Programa Grupos Dinámicos de Orientación a Padres. C.A.P.E.P, 1987.

Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal. Dirección General de Educación Preescolar. Departamento de Normatividad de C.A.P.E.P. 1992.

SOLA, Juan. Pueri Cultura. De acuerdo a los programas de enseñanza normal. Ed. Trillas. México, 1992.

SUSSMAN, David. Acupuntura, teoría y práctica. La antigua terapéutica china al alcance del médico práctico. Ed. Kier S.A. Buenos Aires, 1976.

Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular, USAER. Cuadernos de Integración Educativa No. 4. 1998.

VAN, Nguyen. Auriculopuntura. Traducción: Roberto Castell. Colección: Medicinas Milenaria. Editorial Cabal. Madrid, 1980.

VELASCO, Rafael. El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral. Editorial Trillas, México, 1983.

## ANEXO 1

DIRECCION GENERAL DE EDUCACION PREESCOLAR  
DIRECCION TECNICA  
DEPARTAMENTO DE NORMATIVIDAD DE C.A.P.E.P.

### "INFORME DE ESTUDIO PSICOLOGICO"

#### I. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad Actual: \_\_\_\_\_  
 Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de estudio: \_\_\_\_\_  
 Grado que cursa: \_\_\_\_\_ Jardín No.: \_\_\_\_\_  
 Canalizado por: \_\_\_\_\_ Clavé de Grupo: \_\_\_\_\_

#### II. MOTIVO DE CONSULTA:

#### III. ANTECEDENTES PATOLOGICOS SIGNIFICATIVOS

#### IV. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA DURANTE EL ESTUDIO

#### V. INTERPRETACION CUANTITATIVA:

Bender Gestalt Test. Nivel de Madurez visomotora: \_\_\_\_\_

Datos patológicos:

	Edad mental	cociente intelectual
Goodenough	_____	_____
Terman Merrill	_____	_____
Año Base	_____	_____
Otros	_____	_____

#### VI. INTERPRETACION CUALITATIVA:

LENGUAJE:

MEMORIA:

PENSAMIENTO CONCEPTUAL:

RAZONAMIENTO:

RAZONAMIENTO NUMERICO:

VISOMOTORA:

INTELIGENCIA SOCIAL:

OTROS:

VII. DINAMICA FAMILIAR:

VIII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- CANALIZACION Y RECOMENDACIONES

---

NOMBRE Y FIRMA

**ANEXO 2**  
**C.A.P.E.P.**  
**Terapia de Acupuntura Infantil.**

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

TERAPIAS A LAS QUE ASISTE: \_\_\_\_\_ EXP.: \_\_\_\_\_

PADECIMIENTOS HEREDITARIOS: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO: \_\_\_\_\_

DEMANDA ACTUAL: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

COMIDAS: \_\_\_\_\_

EVACUACION: \_\_\_\_\_

ORINA: \_\_\_\_\_ ENURESIS \_\_\_\_\_

AFECCIONES DE PIEL: \_\_\_\_\_

ESTADO DE ANIMO: \_\_\_\_\_

CARECTOROLOGIA: \_\_\_\_\_

LENGUA: \_\_\_\_\_ SABURRA: \_\_\_\_\_

GUSTO:      SALADO      DULCE      AGRIO      PICANTE      AMARGO

**PUNTOS DE ALARMA:**

CUERPO:

H \_\_\_\_\_ V.B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ L.D. \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ L.G. \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES GENERALES: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

**ANEXO 3.**  
**Registro Individual**

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

SESION No.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

---

SESION No.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

## APENDICE

### Historia personal de los Niños.

**Luis Angel**, tiene 6 años de edad es el tercer hijo, de tres embarazos le anteceden un aborto y gemelos. La mamá presentó amenaza de aborto en el séptimo mes debido según reporta a corajes, le indicaron los médicos reposo, a los 8 meses le practicaron cesárea por debilidad de la matriz, naciendo el niño con ictericia tratado con baños de sol.

Proviene de un nivel socioeconómico bajo, su padre es mecánico y la madre se dedica al hogar. Existe rechazo paterno lo que la mamá intenta cubrir consintiéndolo. Se le canaliza del jardín de Niños por presentar problema de lenguaje y aprendizaje, a lo cual existe poca aceptación del padre.

En la valoración se detecta bajo nivel de comprensión, memoria, problemas psicomotores y de lenguaje. El niño presenta déficit de atención, dependencia hacia la madre, se muestra inseguro, llora al ingresar al grupo, requiere de estímulo para realizar sus actividades escolares; por la conducta del menor se le canaliza a los padres a orientación a padres a lo cual no asisten, presentando una asistencia irregular al grupo y la terapia de lenguaje.

**TRATAMIENTO:** El niño se mostró tímido, no se comunica verbalmente. Solo asiste a dos sesiones presenta como puntos de alarma corazón, riñón, bazo, se colocan los puntos DU.23, R.3, 7, B.6, C.7, Oreja: shen men y bazo. No se pudieron ver resultados debido a que dejó de asistir el día de la aplicación, se le preguntó a la mamá el motivo y menciona que ese día recibe terapia de lenguaje y por ello no lo lleva, en realidad no existe interés.

En las otras terapias obtuvo bajo rendimiento, no lográndose así resultado satisfactorios.

**Abril Margarita** tiene 6.1 años es la mayor de dos hermanos, fue producto de un embarazo no deseado ya que la mamá era muy joven (18 años) y éste hecho los obliga a casarse, el padre se mantiene ausente en la educación de los hijos y la madre demanda atención y afecto de su pareja.

En las valoraciones obtiene un C.I subnormal con problemas de comprensión, juicio y razonamiento además de presentar atención dispersa, su aspecto es de tristeza y se relaciona poco con sus compañeros, mostrándose nerviosa.

**TRATAMIENTO:** En el tratamiento se muestra retraída, presentaba amigdalitis crónica, los puntos de alarma fueron corazón, pulmón, estómago, bazo y riñón, su rostro era pálido. En las primeras sesiones se mostró un poco desconfiada, en las subsecuentes coopera, casi no establece comunicación. En su familia existían muchos conflictos, ya que su padre se encontraba muy delicado de salud debido a su diabetes, lo cual acrecentó los problemas de pareja y familiares, la niña vive una etapa de incertidumbre, la madre involucra a sus hijos en sus conflictos.

A pesar de la situación familiar la niña obtiene avances en su aprendizaje lo cual revela la revaloración aplicada, en grupo se desenvuelve en forma independiente, adquiere seguridad en si misma, su expresión deja de ser triste, se relaciona con los niños, superó su atención dispersa y logra anteponerse a la problemática familiar.

**Juan Martín** tiene 5.9 años es el segundo embarazo, al nacimiento existe rechazo del padre quien deseaba una niña, a partir de entonces se genera una relación poco afectiva, la mamá le sobreprotege cubriendo esta carencia, pero con una actitud de ansiedad y nerviosismo. El niño comienza tardíamente el desarrollo

del lenguaje y se comporta con impulsos agresivos, no se relaciona y es incomprensible su expresión verbal.

Existen problemas en la relación de pareja con discusiones frecuentes cargadas de agresión física y verbal no importando que los niños estén presentes, la relación fue mejorando a partir de una terapia que reciben en el DIF, la mamá manifiesta mucha disposición al tratamiento.

En la valoración obtiene un bajo rendimiento en todas las áreas, se sospecha de disfunción cerebral mínima sometiéndose a tratamiento neurológico donde se le administra Tegretol.

**TRATAMIENTO:** Se centró principalmente en su trastorno de conducta manifestaba mucha ansiedad, llanto excesivo, dependencia de la madre, se aislaba, casi no se comunica verbalmente y presenta atención dispersa.

Desde el inicio hubo disposición del niño al tratamiento colaboraba quitándose los zapatos, permanecía tranquilo mientras se le colocaban las semillas y cuidaba de ellas, aunque lo realiza con ansiedad. Presenta los puntos de alarma: R, B, Nervio occipital, V.B, tiene manchas blancas en la piel en brazos y cara, saburra blanca. A lo largo de las sesiones el niño fue adquiriendo seguridad, su llanto era de forma esporádica, se integra con sus compañeros en juegos, se redujo notablemente su ansiedad y dependencia materna, aunque se requiere apoyo en casa para reducir la sobreprotección.

En el área cognitiva obtuvo avances según la revaloración aplicada alcanzando un coeficiente intelectual de subnormalidad, mejorando su atención y comprensión, supera su problema de lenguaje, sin embargo, se le canaliza un año más en grupo por su edad y con la finalidad de que adquiera madurez en las áreas

de aprendizaje. Los padres reciben asesoría psicológica logrando mejoras en su relación de pareja y aceptación del niño.

**Jhovany** tiene 5.7 años, es hijo único, su embarazo transcurrió con problemas emocionales, con un padre alcohólico y agresivo que golpeaba tanto al bebé como a la madre. Cuando tenía 9 meses de edad fue internado por deshidratación, sufriendo una convulsión, actualmente padece de los bronquios, sobrepeso y pie plano.

Sus padres se separaron cuando tenía seis meses de edad no mantuvo contacto con el padre, su mamá trabaja y quien se hace cargo de él son sus abuelos maternos, consintiéndolo demasiado sin establecer límites.

La educadora reporta que fue difícil su adaptación al Jardín de Niños, lloraba mucho, vomitaba de los nervios, tenía escaso vocabulario y sus movimientos eran torpes. En la valoración de C.A.P.E.P se diagnostica con problema de lenguaje, atención dispersa, obtiene un Coeficiente intelectual subnormal, bajo en razonamiento y requiere estímulo para desarrollar las actividades, en su conducta es agresivo, caprichoso, ansioso (se muerde las uñas).

**TRATAMIENTO:** Se atendió su comportamiento ansioso, inquietud, dispersión, bajo nivel de razonamiento. Presenta sus amígdalas hipertróficas con úlceras, caries en piezas dentales y los puntos de alarma fueron; R., I.D, B., C., H., Faringe, Rodilla, Oído interno, lengua roja en la punta. Durante las sesiones pláticas, manifiesta su ansiedad pidiendo constantemente sus semillas e identifica los puntos de acupuntura; no logra abrocharse las agujetas y me pide que lo haga. En las últimas dos sesiones se quitaba las semillas argumentando que así lo hacía un compañero, se habló con el niño resaltando la importancia de ser el mismo y no imitar conductas, lo reflexionó y cambió su actitud, comenzó a encontrar decisión propia. Su conducta mejoró, se redujo su ansiedad y atención dispersa lo cual

favoreció su proceso de aprendizaje, logra abrocharse las agujetas mostrando autonomía. Su problema crónico de vías respiratorias no se ha presentado, incluso bajo un poco de peso lo que mejoró su salud. En la revaloración de C.A.P.E.P obtuvo mejoras en todas las áreas exploradas alcanzando un C.I de normalidad

**Juan Carlos Hernández** de 5.8 años es el segundo hijo, fue un embarazo deseado ya que esperaban un varón, embarazo transcurrido con amenazas de aborto controladas con reposo y en dos ocasiones medicamento. Parto retardado con sufrimiento fetal y anoxia. El niño permaneció en observación diagnosticándole daño cerebral, a partir del nacimiento, los padres lo llevan a terapias.

El niño presenta trastornos motores en los miembros inferiores y rotación constante de la cabeza, utiliza aparatos ortopédicos. Los padres le han brindado todo el apoyo olvidándose de su relación de pareja.

**TRATAMIENTO:** Se estableció considerando sus problemas motores, su atención dispersa y problemas de conducta ya que se muestra caprichoso, enojón, sé aísla de sus compañeros, dependiente de la maestra. Usa zapato ortopédico y férula presenta lengua con saburra blanca, rostro opaco, su alimentación es casi de líquidos y caldos no digiere alimentos sólidos (sin un motivo justificado) existe anorexia, los puntos de alarma fueron: R., H., B., P., C., Faringe, Asma, Nervio Occipital.

En 4 sesiones no permitió que se le colocaran las semillas, cuestionaba el motivo, se las quitaba argumentando que su mamá lo regañaba, en oreja nunca quiso que se le colocaran porque según reportaba no escuchaba con ellas. En las sesiones restantes tuvo mas aceptación teniendo que colocárselas en forma rápida para impedir que se las quitara, manifestándose renuente y cuestionando todo, le es muy difícil recibir, hubo algunas sesiones (8,9, 10) que el niño pidió sus

semillas, se logró subir a la mesa, lo cual no había logrado por sus problemas motores, platicaba durante la aplicación, sonreía manifestando alegría. En todo momento se respetó su decisión ignorando en ocasiones sus actitudes negativas.

La mamá mencionó que notó avances en el desarrollo del niño dejó de usar su aparato ortopédico, se muestra independiente en sus acciones, es participativo en grupo, propone, emocionalmente aún requiere apoyo y estímulo, pero logra reducir sus berrinches y enojos. La terapeuta reporta que hubo avances significativos disminuyendo su dispersión.

En la revaloración obtiene un coeficiente de normalidad y es canalizado a primaria regular lo cual no acceden los papás con el temor de que viva rechazo de los profesores y alumnos y deciden finalmente llevarlo a educación especial.

**Ana Jezabel** de 6.4 años es el cuarto embarazo no planeado transcurrido con depresión, la mamá tenía 43 años al embarazarse teniendo hijos mayores. Padece de estreñimiento, en su dieta consume en mínima cantidad frutas y verduras. Retraída, no se relaciona, ignora a los adultos es agresiva, se comunica con gritos elevando su tono de voz y problema de lenguaje en la articulación de varios fonemas. Obtiene un rendimiento limítrofe con bajo nivel de comprensión y razonamiento, atención dispersa, en ocasiones da respuestas incoherentes.

Existen desacuerdos en la educación de la niña y agresión del padre cuando irgiere alcohol, la mamá es exigente y poco tolerante y el padre consiente y le da preferencia sobre sus hermanos.

Fue canalizado por área médica a estudio neurológico donde se le diagnostica disfunción cerebral mínima con déficit de atención e hiperactividad, se le administra el medicamento de Ritalin.

**TRATAMIENTO:** Fue dirigido a su problema de conducta, es una niña retraída, no se relaciona, casi no se comunica verbalmente, es caprichosa, su aspecto es de una niña deprimida pero en ocasiones retadora e impulsiva, al parecer existe conflicto con su madre quien manifiesta desinterés de la niña y un poco de rechazo.

Presenta los puntos de alarma; H, B, C, V.B, Nervio Occipital, saburra blanca y espesa no permite que se le revisen las anginas, las extremidades de su cuerpo son frías. Faltó en varias ocasiones al tratamiento, durante las sesiones casi no hubo interacción, la niña cooperaba quitándose los zapatos, en dos ocasiones se le colocaron en su lugar ya que no quería levantarse, al acercarme se detectó que tenía fiebre ocasionada por una infección en garganta. En las últimas sesiones comienza a socializarse mostrándome sus trabajos y en una ocasión sonrió, lo cual no es común en ella.

Durante el tratamiento se le administró el medicamento neurológico que le ocasionó una disminución notable de su actividad prevaleciendo una apatía y desgano así como lapsos de mayor irritabilidad, por lo cual la madre decidió retirarle temporalmente la dosis.

Se observó que la niña se relacionaba un poco mas, sobre todo con Karen Alexis quien es su confidente, cuando existe conflicto con su mamá lo canaliza hacia la maestra manteniéndose distante y agresiva. En su comportamiento existieron avances y retrocesos esto se debe en gran medida a su problemática familiar. La terapeuta reportó mejoras en su aprendizaje en la comprensión, memoria y lenguaje pero aún se requiere reforzar estos procesos, adquirir autonomía y seguridad en sus acciones.

Este caso ilustra claramente cuando existe un estancamiento por la falta de apoyo y dificultades familiares, en este caso se sensibilizó a la mamá para prestarle

atención a la niña y recibir ayuda psicológica para manejar la relación entre ellas, lo que permitirá a la niña tener una estabilidad emocional.

**Neri Azucena** tiene 6.1 años es el primer embarazo, no fue deseada, el parto fue por cesarea decidida en el momento por no presentar contracciones, nació con luxación de cadera y clavícula, realizándole una operación correctiva a los tres años de edad. Usa zapato ortopédico, presenta enuresis nocturna en forma irregular. Fue canalizada a C.A.P.E.P por problema de aprendizaje.

Existen conflictos en la dinámica familiar, los padres discuten frente a sus hijas, se han separado en dos ocasiones, han existido agresiones físicas de ambas partes, existe preferencia hacia la hija menor, a Neri le tienen poca tolerancia por su inquietud, le pegan y regañan frecuentemente. El padre muestra indiferente y la madre exigente y aprensiva.

La valoración de C.A.P.E.P diagnostica un rendimiento intelectual subnormal con fallas en el área visomotora, dificultad en la articulación de algunos fonemas, conducta retraída, insegura y atención dispersa.

**TRATAMIENTO:** Se atendió su conducta insegura, nerviosa, su escasa comunicación y participación en grupo. La niña manifestaba déficit de atención en el aula, al dirigirse a mí es un poco insistente, quiere permanecer todo el tiempo cerca. Presenta los puntos de alarma: R, V.B, I.D, Asma, Nervio occipital, rostro pálido, saburra transparente. Desde el comienzo del tratamiento tuvo disposición, se quitaba sus zapatos, participaba en la colocación de las semillas incluso las solicita si tiene que irse temprano, platica conmigo, existió constancia en las sesiones. Se presenta en dos ocasiones enferma con gripe mostrando una conducta retraída.

Al finalizar se observaron cambios satisfactorios en ella; se relaciona con sus compañeros, redujo su nerviosismo, se expresa libremente, adquiere seguridad. En la revaloración obtiene un rendimiento normal en las áreas exploradas, se le canaliza a primaria regular; Los padres por su parte recibieron orientación reflejándose en la aceptación de la niña, apoyando sus terapias, el padre se involucra en el tratamiento y se acerca a su hija afectivamente.

**Magda Yael** tiene 6.1 años es la menor de tres hermanos, embarazo no planeado y aceptado hasta los seis meses de gestación, vivido con problemas económicos y conflictos de pareja, por infidelidades del esposo. Parto normal sin antecedentes patológicos, la madre no accede a amamantarla argumentando que la niña no quiso.

Presenta bronquitis frecuentemente y le diagnosticaron asma, sometiéndola a tratamientos largos sin resultados permanentes. La niña presenta atención dispersa, bajo nivel de comprensión y razonamiento, baja tolerancia a la frustración, dominante.

**TRATAMIENTO;** presenta los puntos de alarma; C, B, R, Asma, Amígdalas, cabello reseco, rostro pálido, se consideró su deficiencia en vías respiratorias que le producía un comportamiento melancólico, en ocasiones inquieto y dominante. En esta niña existe mucho abandono afectivo, la madre se desliga mucho de las responsabilidades y se centra en sus conflictos de pareja, existe maltrato hacia la niña, lo cual se manifestó en algunas sesiones cuando la mamá la insulta o le da un pellizco. La niña tiene mucha fortaleza que le permite anteponerse, sin embargo, su problemática se manifiesta en su salud la cual esta muy deteriorada, presentando accesos asmáticos, la mayor parte del tiempo, se muestra cooperadora en las sesiones, se interesa por sus semillas, juega, platica y se interesa por mí.

Existe empatía con la niña, lo cual facilitó el proceso, aunque hubo inasistencias de la niña por su salud hubo cambios favorables, su inquietud se controló y fue bien canalizado por la maestra, mejoró su salud, la mamá mencionó que ya no presentaba crisis ni se le había enfermado a pesar de no tener los cuidados que debe. Se habló con la mamá y existe en ella disposición para recibir apoyo psicológico. A pesar del poco apoyo que se recibió en casa la niña obtuvo avances.

**Karen Alexis** de 6.7 años es la mayor de dos hermanos, embarazo deseado, transcurrido sin problemas, parto por cesarea decidida en el momento por no presentar dilatación, con anestesia general lo cual le impidió conocer las condiciones del parto, le entregaron a la niña al siguiente día para que "descansara" del parto. La niña manifiesta un ligero retraso en los primeros años en su desarrollo psicomotor, se comporta inquieta, dispersa, con reacciones agresivas, dificultad para mantener una conversación ya que va de un tema a otro.

La mamá muestra interés aunque se mantiene al margen esperando que sean los maestros quienes le resuelvan todos los problemas de su hija, es demandante del apoyo y se muestra distante con la niña al igual que el padre.

**TRATAMIENTO:** Se estableció considerando sus trastornos de conducta como: inquietud excesiva, atención dispersa, rebeldía, agresión, problema crónico en vías respiratorias. Presenta los puntos de alarma P., C., I.G., R., V.B., E., cerebro, codo, amígdalas hipertróficas, presenta anorexia. Siempre existió disposición de la niña, colaboraba quitándose sus mallas y zapatos, era muy insistente para que se le colocaran sus semillas. En una sesión la mamá reportó que tenía problemas con ella por su rebeldía y quería saber si eran las semillas o que se hablara con ella, al hacerlo la niña se comprometió a mejorar. Interactúa conmigo haciéndose presente en todo momento.

La niña es muy activa tiene mucha energía mal canalizada, hubo mejorías en su rebeldía y agresión, su aspecto físico cambio mejorando su salud, su ansiedad se redujo, sin embargo, requiere consolidar sus cambios apoyándose en casa, donde existen problemáticas que enfrentar.

**Christopher** tiene 5.9 años es el cuarto de cinco embarazos, con complicaciones por presentar placenta previa, su parto fue prematuro (siete meses de gestación), cesárea con anestesia general por lo que la madre desconoce las condiciones del parto, peso 1.900, permaneció un mes en incubadora. Lo internaron a los siete meses por infección estomacal, a los tres años sufrió un golpe en la cabeza.

Existen problemas familiares derivados de la falta de convivencia, la poca tolerancia al niño, descuido, y problemas económicos por el inconstante trabajo del padre, lo que les obliga a invertir los roles frecuentemente al tener que trabajar la madre. Existen conflictos entre hermanos pelean mucho. Viven en un espacio reducido compartiendo cuarto con los padres, el niño presenta temores nocturnos, lo describen como terco, inestable y rebelde.

Se diagnostica rendimiento intelectual subnormal con fallas en coordinación visomotora, comprensión y razonamiento aunado a conducta inquieta y atención dispersa.

**TRATAMIENTO:** Se consideró básicamente su trastorno de conducta inestable, impulsivo, inquieto, con atención dispersa. Presenta los puntos de alarma; H., I.G., R., B., C., Páncreas cardias, Nervio Occipital. No existe una dieta balanceada y horarios de comida. El niño presenta mucha capacidad de insight, es muy inquieto durante las sesiones, habla mucho, si alguien se acerca los avienta mencionando que le están poniendo "sus semillas", constantemente viene golpeado, dejó de asistir un tiempo a grupo porque lo operaron de una hernia inguinal. El niño refleja mucha carencia de atención y afecto ya que siempre quiere estar presente y

obtener la atención de todos por conductas negativas, en una sesión se le dio un masaje en espalda por que estaba demasiado inquieto y no obedecía a la maestra, manifestó muchas resistencias al contacto corporal.

Expresa sus conflictos "estoy muy mal de la cabeza, las semillas son para controlarme,.... sí... para que este quieto y no haga travesuras" se le pregunta por qué las hace y dice "porque no me quiere mi mamá y soy su chiquito". Existe empatía y en ocasiones se sale de sus actividades de clase para que le coloque sus semillas, me adula diciendo "te ves muy guapa" se interesa por mi salud (ya que en una ocasión me presente con cubre boca por traer gripe), pregunta como me siento, entablamos conversaciones breves sobre hechos cotidianos en su casa.

Al finalizar logra reducir su inquietud al igual que su atención dispersa, aún le falta consolidar sus cambios, establecer hábitos y reglas que logra respetar en el aula y establecer una convivencia sin agresión, tiene buen pronóstico porque su papá se ha involucrado en el tratamiento. En la revaloración supera por mucho su coeficiente intelectual en todas las áreas exploradas.

**Juan Carlos Murillo** de 5.8 años es el segundo de dos hermanos, embarazo no planeado transcurrido con problemas emocionales con la familia de origen del padre con quienes viven actualmente. Anemia en el embarazo, parto normal, el niño nace bajo en peso. Desde pequeño presenta hiperactividad con déficit de atención y conductas agresivas, motivo por el cual recibe regaños y castigos frecuentes que dejan de surtir efecto.

Padre alcohólico y drogadicto, su mamá ausente inmersa en sus problemas de pareja, descuida al niño. Padece frecuentemente de las anginas, mantiene una alimentación deficiente, presenta enuresis nocturna y problema de aprendizaje y lenguaje con déficit de atención.

**TRATAMIENTO:** Se estableció de acuerdo a sus rasgos de conducta quien se manifiesta como: Inquieto, distraído, disperso no respeta reglas, tiene impulsividad a aventar las cosas. Presenta los puntos de alarma; H., E., V.B., I.G., C., R., Páncreas, cervicales, Nervio Occipital, piel reseca y rostro opaco. Al inicio se mostraba accesible en la aplicación de sus semillas, posteriormente la mamá me pidió que no se las colocara, ya que el niño se comportaba inquieto y agresivo, y creía que se debía a esto. Se le suspendieron por una semana hasta que el niño comentó que ya se las podía poner. En la séptima sesión mientras le colocaba las semillas permaneció inquieto, comía, se quitaba algunas semillas, no dejaba de moverse, por tal razón se suspendió la aplicación explicándole el motivo.

Se le brinda asesoría a la mamá quien manifiesta mucha ansiedad, estaba enferma de los riñones y tenía conflictos con su pareja, lo cual no lo relacionaba con el comportamiento del niño.

El niño presenta una conducta de agresión contra la figura materna debido al sentimiento de creer que su mamá no lo quiere, esto se canaliza a la maestra y a mi persona. Durante las sesiones siguientes permanecía inquieto, agredía a sus compañeros, rayaba y aventaba el material, mientras se le colocaban sus semillas maldice y golpea a los que se acercaban. Se le comentó a la mamá la conducta del niño, parecía mas interesada y comenta que han tenido muchos problemas. A este respecto la terapeuta del grupo comenta: "no le hecha ganas a la vida" por sus pocos intentos por mejorar.

En el caso de este niño durante el proyecto no se lograron ver los cambios y algunos trastornos incrementaron, la mamá no colaboró y la problemática familiar venció sobre el niño. La mamá se acercó pidiendo un consejo, planteando su problemática conyugal, reconoció que todo ello afectó al niño. En la asesoría se plantearon estrategias de solución motivándose a la mamá para realizar cambios. Después de dos semanas la señora comentó que realizó cambios lo cual le

permitió mejorar la relación con su esposo y ella se sentía contenta, había sanado su enfermedad. En lo subsecuente el niño se conducía tranquilo, me buscaba para saludarme sin manifestar enojo ni agresión, obteniendo avances significativos en su aprendizaje, presentando atención y comprensión a las actividades, se redujo su actividad, dejó de presentar enuresis.

**Claudia** tiene 6.2 años, es el primer embarazo de tres, su parto fue natural presentando ictericia por lo que permaneció ocho días en incubadora. Presenta una enfermedad crónica en vías respiratorias. En el entorno familiar la niña se muestra agresiva, impulsiva, reincide en sus problemas. Existen conflictos en la relación de pareja reciben terapia psicológica en forma particular.

En las valoraciones se diagnostica un rendimiento intelectual subnormal con problemas de lenguaje, baja en comprensión y razonamiento, detectándose una escasa estimulación en casa.

**TRATAMIENTO:** Se centró en sus rasgos de carácter, su inseguridad y nerviosismo. Presenta los puntos de alarma; P., R., H., C., B., Bronquios, Asma, Alergias, se observan amígdalas hipertróficas, piel gruesa y reseca. Al inicio su aspecto era de tristeza, presentaba problemas de salud, como tos, catarro, fiebre. Durante la aplicación, platicaba poco, era accesible al tratamiento. Durante las sesiones siguientes su rostro se veía alegre, participaba y conversaba mas, mejoró su problema de salud; adquirió mas socialización y autonomía, copera, obtuvo muy buenos avances en su proceso de aprendizaje (según reportan las pruebas aplicadas y reportes de la maestra). Los padres reciben terapia psicológica que les permitió tener comunicación con su familia. Supera su problema de lenguaje aún cuando se le dio de baja por inasistencias debidas al estado de salud de la madre que se encuentra embarazada.

**Daniel** de 5.3 años, hijo único parto y embarazo sin alteraciones. Existe sobreprotección materna quien le ha formado un comportamiento retraído e inseguro. Al inicio existe negación de los padres a aceptar las dificultades del niño, quien presenta coeficiente intelectual limítrofe con baja en áreas de aprendizaje y visomotoras, problema severo de lenguaje por malformación maxilar, poco entendible.

Ha recibido terapias en el DIF con pocos resultados, los padres aportan pocos datos sobre el niño y su dinámica familiar.

**TRATAMIENTO:** Se consideró sus características personales. Es un niño pasivo, lento en el trabajo, presenta atención dispersa, dificultad para relacionarse y dependencia hacia la madre. Presenta los puntos de alarma; P., I.G., R., V., B., C., Asma, rostro poco expresivo, pálido. En las sesiones siempre cooperó, se quitaba y se ponía solo sus zapatos, casi no se comunicaba verbalmente, se acercaba para que le colocar sus semillas, mostrando una conducta tímida, insegura. Los avances que se detectaron fueron de adaptación al grupo, se relaciona con sus compañeros, mejora su comprensión y se muestra independiente de la madre, sin embargo, aún continua con baja comprensión y dificultad para relacionarse con personas ajenas.

**Paola** tiene 6.11 de edad es el segundo embarazo de tres, transcurrido con amenazas de aborto presentando sangrado todo el embarazo, por lo que le programaron cesárea. En su desarrollo neurológico existe un retraso psicomotor a los dos años comienza a caminar y articula sus primeras palabras, a los tres y medio controla esfínteres. Se muerde las uñas, miedos a ciertos objetos los padres comentaron que es muy "despistada" porque a veces le hablan y no hace caso, conflicto en la relación con la madre existe poca comunicación entre ellas y ausencia de demostraciones afectivas.

En la valoración se diagnostica problema de aprendizaje baja en razonamiento y memoria, debido a sus antecedentes se le realiza estudio neurológico (electroencefalograma) obteniendo como resultado inmadurez y déficit de atención, se le administra el medicamento encephabol, y tratamiento ortopédico.

**TRATAMIENTO:** Se estimuló su proceso de aprendizaje, (es el segundo año que permanece en grupo) su déficit de atención y su inestabilidad emocional. Presenta los puntos de alarma: H., P., C., I.G., R., V.B., E., Nervio occipital y Occipital, piel reseca y saburra blanca. En las sesiones existió disposición de la niña, se observaron cambios en su comportamiento se muestra segura de sí misma, participa y propone en grupo, asume un rol de líder con sus compañeros, se reportan avances en su comprensión, memoria y atención.

Existió mucha colaboración de la mamá a todos los tratamientos de la niña, lo cual ayudó mucho al proceso personal de su hija, esto les permitió acercarse y vencer el conflicto que existía entre ellas. Se le canaliza a primaria regular, aún contando con el medicamento neurológico reduciéndose la dosis.

**Angye Stefany** tiene 4.8 años es hija única nacida por cesarea, presentó llanto tardío provocado por el médico, anoxia por lo que recibe desde estimulación temprana, presentando retardo en el área psicomotora. La niña es insegura y se muestra dependiente de la mamá. Ambos padres interesados en su hija, colaboran en todo lo que la niña requería, por ello deciden no tener más hijos.

En la valoración se diagnostica apoyado de un estudio neurológico realizado disfunción cerebral mínima, hipoactividad motora, dificultades en su memoria y comprensión, es sometida a tratamiento neurológico. La mamá le procura una dieta nutritiva, y evita los medicamentos alópatas, prefiriendo métodos naturales para atender algunas enfermedades.

**TRATAMIENTO:** Se estimuló su proceso de aprendizaje, aunado a su conducta insegura y dependencia hacia la madre. Presenta los puntos de alarma; I.G., C., Pancreas, Cardias, Nervio occipital. La niña se interesa por sus semillas, participa quitándose los zapatos e incorporándose a la mesa donde se le aplicaban, identifica los lugares donde se localizan las semillas, mantiene una conversación breve, sonríe. Su ritmo es lento, lo cual se puede considerar como su ritmo normal.

Se encontraron cambios importantes, la niña se relaciona con sus compañeros, se observa independiente, mejoró en todas las áreas cognitivas, es accesible, aún manifiesta un poco de timidez, pero de acuerdo a su edad comienza a darse la etapa de socialización. Existió mucha colaboración de la madre lo cual contribuyó en los cambios de la niña.

**Karen Alejandra** de 6.1 años es la séptima y última hija, no fue deseada, embarazo de alto riesgo, parto por cesárea presentando al nacer ictericia siendo internada quince días. A los tres años se contagia de hepatitis, siguiéndole varicela y paperas. Padres comerciantes (venden tamales), de bajos recursos económicos, anteriormente existían muchos conflictos conyugales debido a la agresividad del señor, refieren que esto mejoró y mantienen una buena relación, tratan de convivir el poco tiempo que permanecen en casa, existen conflictos entre hermanos ocasionado por el hacinamiento en que viven y diferencias entre ellos. Los padres mencionan que la niña es agresiva y caprichosa.

En la valoración se diagnostica un rendimiento intelectual subnormal con escaso vocabulario, bajo nivel de razonamiento y atención dispersa, aunado a una deprivación sociocultural, su conducta es inquieta, con poca tolerancia a la frustración.

**TRATAMIENTO:** Se centró en su comportamiento agresivo, inquieto y con dificultad para relacionarse, su atención dispersa. Presenta los puntos de alarma;

B., H., R., I.D., C., clavícula, piel reseca con manchas blancas indicando desnutrición, Amígdala derecha sumamente inflamada. Durante las sesiones se observó que tenía sus extremidades muy frías y mucha rigidez en sus manos y espalda, al parecer la niña ayuda en las labores del hogar, además de presentarse con poca higiene.

A lo largo de las sesiones mejoró su temperatura corporal, se manifiesta alegre, mantiene conversación sobre hechos cotidianos, existe empatía se interesa por mí, proporcionándome una silla para colocar mi mochila, me regala dulces y me invita a su casa. Se obtuvieron grandes avances en su socialización y autonomía, presenta iniciativa y logra centrar su atención en actividades, deja de presentarse su inquietud y agresión. Se le pidió a la mamá que mejorara su higiene y alimentación, lo cual cambió inmediatamente, reflejándose en la niña como un cambio importante, la mamá colaboró mucho en el proyecto incluso la llevó a CAPEP, para que le colocara sus semillas.

En la revaloración adquiere la madurez correspondiente a su edad rebasando los déficit que presentaba, se le canaliza a primaria regular con buen pronóstico.

**Jorge** de 5.9 años es el segundo hijo, nace con soplo en el corazón y disminución auditiva, a los dos años de edad se fractura el brazo izquierdo. Existe rivalidad con su hermano producida por los padres y propiciando la competencia.

En la valoración se reporta problema de aprendizaje con atención dispersa e hiperactividad. En grupo no respeta los acuerdos y se relaciona agresivamente con sus compañeros.

**TRATAMIENTO:** Se consideró básicamente su inquietud, ansiedad, atención dispersa. Presenta los puntos de alarma; R., Asma, Laringe, Amígdalas, se observan sus amígdalas hipertróficas, lengua con saburra transparente, piel

reseca. Desde el inicio el niño quería colaborar en la aplicación de las semillas, incluso lo hizo en algunas sesiones, se manifiesta sumamente inquieto no se concentra en una sola actividad siempre permanece en movimiento. Presentaba golpes, moretones en las piernas, existe una disociación con su cuerpo pareciera que no percibiera dolor. Es renuente al contacto corporal prefiere colocarse él mismo las semillas, en ocasiones es sociable, otras se aísla y no interactúa.

Existió poca colaboración de la mamá, el niño manifiesta carencia afectiva y resistencias a recibirlo, se lograron algunos cambios como reducir su inquietud y ansiedad, sin embargo requiere de apoyo y sobre todo sensibilización a los padres. Mejora en las áreas de aprendizaje según la revaloración aplicada.

**Adrián** de 6.2 años es el cuarto hijo de cuates, no deseado, parto por cesarea decidida en el momento, presentando ictericia al nacer tratada con fototerapia. Presenta a los tres meses de edad infección estomacal con fiebres altas. Ambos padres trabajan tiempo completo, y permanece a cargo de abuela paterna quien lo agrede y no le tiene paciencia.

En la valoración lo diagnostican como hiperactivo, le es difícil permanecer sentado, a pesar de ello es tímido no se relaciona, presenta enuresis nocturna, coeficiente intelectual subnormal, atención dispersa, torpeza motora, impulsivo, le cuesta trabajo seguir órdenes.

**TRATAMIENTO:** Fue dirigido a sus rasgos de conducta ya que el niño se mostraba muy inseguro, tímido, con dificultad para relacionarse. Presenta los puntos de alarma; H., P., I.G., R., B., C., Nuca, Dolor de hombro. Su aspecto era de un niño triste, decaído, su piel reseca con manchas blancas, se observaba descuidado, ya que los padres trabajaban tiempo completo, no le retiraban las semillas en el tiempo acordado, se presentaba casi siempre con problemas de

vías respiratorias, trae moretones en las piernas, si lo agreden no se defiende ni se queja.

A lo largo de las sesiones se mostró extrovertido, plática, no permite que le peguen, logra defenderse, se relaciona fácilmente, ya no presenta temores nocturnos, desaparece su enuresis, se reduce su actividad, mejoró sus problemas respiratorios, su aspecto físico y su expresión mejoró, al igual que la dinámica familiar ya que los padres recibieron asesoría psicológica mostrando mucho estrés al inicio por la carga de trabajo y los conflictos con la suegra, se trabajó sobre sus sentimientos de culpa, autoestima y toma de decisiones. Al irse la abuela las relaciones mejoraron y la mamá le dedica mayor tiempo y atención, mostrándose afectiva, su tío materno se hace cargo de él siendo flexible. En grupo se adapta al trabajo, se relaciona fácilmente existe mayor compromiso de la mamá, En la revaloración eleva su C.I mejorando en todas las áreas requiriendo aún apoyo en lenguaje y el aspecto motor.

**Jonathan Israel** tiene 5.6 años hijo único, su madre es muy joven y presenta bajo nivel de comprensión detectado al realizarle la entrevista, no comprende lo que se le pregunta, le brinda escasa estimulación al niño, aporta pocos datos sobre su hijo, justificando su problema de lenguaje argumentando que fue por haber presenciado un problema familiar con violencia.

En la valoración se diagnostica problema severo de lenguaje, bajo nivel de comprensión, memoria y razonamiento, obtiene un C.I límite, esta bajo de peso se sospecha de anemia. Su comportamiento es inseguro y tímido.

**TRATAMIENTO:** Se centró en su conducta insegura, retraído, con bajo nivel de comprensión. Presenta los puntos de alarma; H., R., E., Nervio occipital, su piel tiene salpullido trae tos con catarro. Solo se realizaron tres sesiones, ya que dejó de asistir al grupo porque sus padres se separaron por motivos económicos, aparentemente la mamá comenta que le era imposible vivir con \$15 pesos diarios

que le daba su marido; por otro lado el papá desmiente y se muestra preocupado porque se fueron con los abuelos maternos donde pasarían muchas carencias, ya que su familia es muy pobre viven hacinados en una ciudad perdida. El señor se encontraba desesperado y se justifica de todo manifestando culpas, pedía que no se le diera de baja al niño porque iba a traerlo de regreso, lo cual no se logró.

**Alonso** de 5.11 años es el segundo de tres hijos, embarazo de alto riesgo con amenazas de aborto, parto por cesarea ya que presentó sufrimiento fetal, su llanto fue provocado con reanimación, es probable que en los primeros meses de vida presentara convulsiones desarrollo neuromotor retardado sobretodo el área de lenguaje.

La valoración aplicada diagnostica baja generalizada en todas las áreas de aprendizaje, es un niño retraído, inseguro con severo problema de lenguaje, difícilmente se relaciona, su aspecto es descuidado, con catarro y amigdalitis crónica. Se le canaliza al neurólogo por presentar datos patológicos donde le diagnostican retardo motor y de lenguaje y conducta inhibida, se le administra ecephabol.

**TRATAMIENTO:** Presenta los puntos de alarma; C., B., E., H., R., saburra blanca, amígdalas hipertróficas. Se observan movimientos torpes existiendo mucha rigidez corporal, evita el contacto físico, su piel es reseca con manchas blancas indicando anemia, tiene una alimentación deficiente basada en harinas y azúcares. Al inicio no quería que se colocaran las semillas, mostrando una conducta tímida por lo que me desplace a su lugar y se le colocaron en su silla, en las sesiones siguientes prevaleció la disposición, comenzó a socializarse con los demás, platicaba, se interesaba por sus semillas conocía los puntos, colabora quitándose sus zapatos, su piel mejoró, se presenta con mayor higiene se redujo su rigidez e inseguridad, se dirige a mí con timidez, demuestra su afecto despidiéndose de beso y sonriendo constantemente.

Durante el tratamiento se manifestaron cambios notorios e importantes el primero fue que la mamá dejó de trabajar para dedicarle mayor atención al niño lo cual se manifestó en su apariencia, el niño asistía con mayor regularidad a la escuela, y existía convivencia con el niño, recibieron asesoría psicológica lo que permito mejorar su relación de pareja y que el padre se involucrara en el tratamiento y conviviera con su hijo; además de mejorar su dieta alimenticia e incluir jalea real y polen.

Cabe mencionar que el menor permaneció dos años en el grupo y en la revaloración no se observan avances cuantitativos, sin embargo su desempeño en el grupo refleja avances significativos en las áreas de aprendizaje. Se le deja de administrar el medicamento neurológico por decisión de la mamá.

**Emanuel** de 5.6 años es el cuarto embarazo, (los anteriores fueron abortos) de alto riesgo con desmayos frecuentes ocasionados por anemia seguidos de estrés. El niño ha padecido infecciones en el estómago, crisis asmáticas y sinusitis. Presenta antecedentes heredofamiliares síndrome de down, hipoacusia, lupus, problema de lenguaje. Lo canalizaron a estudio neurológico diagnosticando retardo motor, de lenguaje, problemas conductuales por sobreprotección materna, se le administra encephabol.

Presenta una alimentación carente de verduras verdes, escasa fruta y muchas harinas, padece frecuentemente anorexia. Presenta enuresis nocturna y goteo de orina durante el día. Su comportamiento es irritable, inseguro, miedoso, llora con facilidad, fallas en comprensión, razonamiento y lenguaje.

La familia le compone ambos padres y dos hijos, un adolescente producto del primer matrimonio del papá y Emanuel. Existen muchos conflictos de pareja con agresiones físicas y verbales, que se acrecientan por la educación de los hijos

donde no existen acuerdos. Se culpan ambos de la situación y presentan poca disposición al cambio.

TRATAMIENTO: Presenta los puntos de alarma; H., V.B., P., R., I.D., C., E., Asma, Nervio occipital, saburra transparente, constitución delgada, rostro pálido. Al inicio de las sesiones el niño colaboraba muy poco a diferencia de sus compañeros, no quería quitarse los zapatos me pedía que yo lo hiciera, argumentando que no podía, existía mucho miedo, nerviosismo en el niño, sin embargo conversando con él y en algunos momentos distrayendo su atención se le colocaban las semillas. El niño se mostraba con mayor seguridad e independencia, participaba en grupo, logró avances en el área de aprendizaje, en el lenguaje continúa con su tratamiento.

La mamá reportó que había observado mejorías incluso redujo su enuresis, justamente cuando comenzaron los cambios la mamá pidió que no se colocaran las semillas porque su religión se lo prohibía, se respetó su decisión hasta que nuevamente la mamá accedió; Solo fueron dos sesiones mas porque dejó de llevarlo al grupo el día del tratamiento. A pesar de haber contado con asesoría por parte de una psicóloga no se detectaron cambios en la actitud de los padres, prevaleciendo la negación y el niño como el instrumento para hacerse daño.