

NO QUITAR
ESTE HOJA

UNEN 1973-33 Es: 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA

TESIS DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA.

ROSALYNDE LORENZA REBELL ROMERO.

MEXICO, D. F.

1973

m.753685



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.

I N D I C E

EL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.

INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.	4
A) DATOS PRINCIPALES SOBRE EL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.	5
1. SINONIMIA.	5
2. HISTORIA.	7
3. GENERALIDADES.	8
B) ETIOLOGÍA.	10
C) SINTOMATOLOGÍA.	12
1. SÍNTOMAS DE CARÁCTER MOTRIZ.	13
2. SÍNTOMAS DE CARÁCTER PERCEPTIVO.	14
3. SÍNTOMAS DE CARÁCTER AFECTIVO.	16
4. SÍNTOMAS DE CARÁCTER SOCIAL.	18
5. SÍNTOMAS GENERALES DE LA CONDUCTA.	20
D) DIAGNÓSTICO.	22
1. HISTORIA CLÍNICA.	22
2. ESTUDIO PSICOLÓGICO.	24
3. ESTUDIO PEDAGÓGICO.	30
4. ESTUDIO DEL LENGUAJE.	32
5. ESTUDIO NEUROLÓGICO.	34
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.	35
CAPÍTULO II: MANEJO Y TRATAMIENTO DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.	40
INTRODUCCIÓN A LAS TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO.	41
A) TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO.	41
B) TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS DE TRATAMIENTO.	44
1. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO (TERAPÉUTICO) INDIVIDUAL AL NIÑO CON <u>S.D.C.M.</u>	44
2. TRATAMIENTO TERAPÉUTICO A LA FAMILIA DEL NIÑO CON S.D.C.M.	49

A)	INTRODUCCIÓN.	49
B)	INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA EN LA FAMILIA.	49
C)	CONDICIONES EMOCIONALES DE LOS PADRES.	50
D)	CONDICIONES EMOCIONALES DEL NIÑO CON - S.D.C.M.	52
E)	PAUTAS EDUCATIVAS A LA FAMILIA DEL NIÑO.	54
C)	TÉCNICAS DE TRATAMIENTO PSICO-PEDAGÓGICO.	55
1.	EL PAPEL DEL MAESTRO CON EL NIÑO CON S.D.C.M.	56
2.	CONDICIONES EMOCIONALES DEL NIÑO CON S.D.C.M.	57
3.	AMBIENTE ESCOLAR.	58
4.	PLAN DE ENSEÑANZA.	59
5.	CONTROL DE ESTÍMULOS.	60
6.	UN AULA ESCOLAR MODELO.	62
7.	DESARROLLO MOTRIZ Y LATERALIDAD.	63
8.	MATERIALES Y ACTIVIDADES VISO-MOTORAS.	64
9.	DESARROLLO DE CONCEPTOS ABSTRACTOS.	65
10.	ENSEÑANZA DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA.	66
11.	MÉTODO DE CONDICIONAMIENTO.	68
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DE UN CASO DEL S.D.C.M.		71
A)	ANTECEDENTES.	72
B)	HISTORIA CLÍNICA.	73
1.	DATOS GENERALES.	74
2.	MOTIVO DE LA CONSULTA.	74
3.	PADECIMIENTO ACTUAL DEL PACIENTE.	74
4.	ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES.	76
5.	ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE.	77
6.	DESARROLLO POST-NATAL.	78
7.	ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA CON EL PACIENTE.	78
8.	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.	79
9.	TRATAMIENTO INDICADO.	79
C)	MANEJO Y TRATAMIENTO.	81
1.	MANEJO FARMACOLÓGICO.	82
2.	MANEJO PSICOTERAPÉUTICO.	82
A)	FASE DE CONFIANZA EN SÍ MISMO.	83
B)	FASE DE IDENTIFICACIÓN SEXUAL.	84

c) FASE DE CONTROL DE IMPULSOS.	84
d) FASE DE CONTACTO CON LA REALIDAD.	86
3. MANEJO PSICO-PEDAGÓGICO.	90
CONCLUSIONES.	94
APÉNDICE: SINTOMATOLOGÍA CLÁSICA DEL S.D.C.M.	99
BIBLIOGRAFÍA.	104

- - - -

EL SÍNDROME DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA

INTRODUCCION

LA INCIDENCIA DE ESTE SÍNDROME EN LOS NIÑOS ES TAN GRANDE QUE CONSIDERÉ DE IMPORTANCIA EL ESTUDIO Y EXPOSICIÓN DEL TEMA. EN MÉXICO SE ENCUENTRAN CON FRECUENCIA NIÑOS CON EL SÍNDROME DEBIDO A LAS CONDICIONES PRECARIAS DE VIDA QUE EXISTEN TANTO EN EL CAMPO COMO EN LAS ZONAS URBANAS. LA FALTA DE CUIDADOS A LA MADRE EMBARAZADA, LAS DIFICULTADES Y PROBLEMAS DEL PARTO Y FINALMENTE, LA DEFICIENTE ATENCIÓN MÉDICA Y AFECTIVA HACIA EL INFANTE SON ALGUNAS DE LAS CONDICIONES QUE INTERFIEREN EN SU DESARROLLO, EVITANDO QUE ÉSTE SEA NORMAL. A ESTO SE AÚNA ADEMÁS, LA AUSENCIA DE UN DIAGNÓSTICO COMÚN QUE POSIBILITE EL RECONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y PEDAGÓGICO DEL SÍNDROME.

ANTE EL DESACUERDO TEÓRICO-PRAGMÁTICO EXISTENTE ENTRE ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA, PEDIATRÍA Y PSICOLOGÍA, SE VUELVE UN IMPERATIVO EL LOGRAR LA DIFUSIÓN NECESARIA DE ESTE TEMA, CON EL OBJETO DE UNIFICAR CRITERIOS; ASÍ SE PODRÁ DAR SOLUCIÓN A UN PROBLEMA MÉDICO, QUE HASTA LA FECHA PASA DESAPERCIBIDO EN GENERAL.

EL SÍNDROME REPERCUTE EN EL DESARROLLO GENERAL DEL NIÑO, CAUSANDO SERIOS TRASTORNOS EN LAS ÁREAS COGNOSCITIVAS, MOTRICES, DE CONDUCTA, Y POR ENDE EMOCIONALES, POR ESTA RAZÓN SE EXPLICA QUE TENGA SERIAS CONSECUENCIAS EN EL NÚCLEO FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL EN EL QUE EL NIÑO CONVIVE. ES EVIDENTE, QUE LA PRESENCIA DE UN ELEMENTO ÉNFERMO EN UNA FAMILIA SANA CAUSA ALTERACIONES EMOCIONALES EN TODOS LOS INTEGRANTES DE LA MISMA, DIFICUL-

TANDO LAS RELACIONES INTER-PERSONALES. AL CREAR UN AMBIENTE DE TENSION, EL NIÑO AFECTADO TIENE MÁS DIFICULTAD PARA REACCIONAR ADECUADAMENTE. EL IMITA AQUELLOS PATRONES ALTERADOS DE CONDUCTA QUE OBSERVA EN LOS ADULTOS CON QUIENES CONVIVE, LO CUAL, -- AUNADO A SU PROPIO DESCONCIERTO Y PENSAMIENTO DESORGANIZADO, -- AGRAVA SU COMPORTAMIENTO.

EN NUESTRA SOCIEDAD ES FRECUENTE QUE ESTE NIÑO NAZCA, SE DESARROLLE A TRAVÉS DE SUS PRIMEROS AÑOS Y LLEGUE A LA ETAPA -- PRESCOLAR SIN QUE SE HAYA INICIADO EN ÉL UN MÍNIMO CONTROL DE -- CONDUCTA O ENTRENAMIENTO. EN ESE MOMENTO EL NIÑO TIENE DE CUATRO A SEIS AÑOS Y SUS PROBLEMAS DE DESARROLLO MOTRIZ, INTELEC-- TUAL Y EMOCIONAL SON EVIDENTES.

EN LO QUE A LA FAMILIA SE REFIERE, NO ES NADA EXTRAÑO -- QUE SUS PADRES LO CONSIDEREN NORMAL. LOS PROBLEMAS QUE CAUSA -- SUELEN ATRIBUIRLOS A SU FALTA DE "EDUCACIÓN", REFIRIÉNDOSE CON ESTO A UNA CARENCIA DE DISCIPLINA Y AL HECHO DE QUE TENGA UN -- CARÁCTER REBELDE, OBSTINADO Y CAPRICHOSO. ASÍ, LOS PADRES YA -- IMPACIENTES ANTE LA CONTÍNUA ACTITUD ERRÁTICA DEL NIÑO, CANSA-- DOS DE REPETIRLE LAS NORMAS QUE DEBE SEGUIR Y SIN OBTENER LA -- RESPUESTA ESPERADA, CREAN UNA CADENA DE RECHAZO HACIA ÉL, LA -- QUE PROVOCA EL DESCONCIERTO DEL NIÑO AL SENTIR LA NEGACIÓN -- DE AFECTO POR PARTE DE SUS PADRES. ESTO A LA VEZ LO INCITA A -- RESPONDER "NEGATIVAMENTE", AL SENTIRSE INUNDADO DE SENTIMIENTO Y FRUSTRACIÓN, PARA TERMINAR REFUGIÁNDOSE EN LA SOLEDAD Y EL -- AISLAMIENTO O EN LA MANIFESTACIÓN DE ACTITUDES AGRESIVAS.

ESTE NIÑO VIVE EN UNA INAGOTABLE BÚSQUEDA DE CARIÑO, -- PRINCIPALMENTE DE SUS SERES MÁS CERCANOS, QUIENES FATIGADOS DE UNA CONSTANTE LUCHA POR TRATAR DE LOGRAR ÉXITO EN LA CONDUCTA -- INFANTIL Y SIN COMPRENDER LAS DIFICULTADES FÍSICAS, PSÍQUICAS Y

EMOCIONALES QUE LO IMPIDEN, NO LE IMPARTEN AYUDA SINO POR LO --
CONTRARIO, LO RECHAZAN. A ESTE CÍRCULO INTERMINABLE DE CONDUCC-
TAS EQUÍVOCAS Y DESESPERADAS SE DEBE LA ACTITUD EXIGENTE DEL --
NIÑO, QUIEN ANTE TODO BUSCA ATRAER LA ATENCIÓN DEL ADULTO Y TE-
NER ACEPTACIÓN PARA FORTALECER SU PROPIA IMAGEN TAN DESINTEGRA-
DA POR LA CONSTANTE CRÍTICA SOCIAL.

AL ESTAR CONSCIENTE DEL PORQUÉ DE LAS ACTITUDES DEL NIÑO
Y DE LAS CONSECUENCIAS QUE ÉSTAS ORIGINAN EN LA FAMILIA, SE HA-
CE EVIDENTE LA NECESIDAD DE OBTENER UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO. -
SÓLO DE ESTA MANERA SE PUEDE ORIENTAR A LOS FAMILIARES ACERCA -
DEL TRATAMIENTO INDICADO A SEGUIR, EL CUAL DEBE INICIARSE A LA
MAYOR BREVEDAD POSIBLE PUES DE ELLO DEPENDE QUE EL PROBLEMA DE
HIPERACTIVIDAD QUE LIMITA AL NIÑO EN SU CAPACIDAD DE ATENCIÓN,-
DE CONCENTRACIÓN Y POR ENDE DE ASIMILACIÓN, AFECTE AL APRENDI--
ZAJE EN MAYOR GRADO, ADEMÁS DE TENER SERIAS REPERCUSIONES EN SU
DESARROLLO EMOCIONAL.

EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ES PROPORCIONAR AL NIÑO LAS
POSIBILIDADES QUE ESTÉN A SU ALCANCE PARA APROVECHAR LA ESCOLA-
RIDAD EN CUANTO A SU APRENDIZAJE ACADÉMICO Y LO QUE ES MAS IM--
PORTANTE AÚN, EN CUANTO AL ASPECTO SOCIAL QUE PUEDE BRINDAR LA
CONVIVENCIA INFANTIL. SE PUEDE DECIR TAMBIÉN QUE OTRO OBJETO -
DEL TRATAMIENTO ES HACER QUE EL NIÑO GOCE DE UNA VIDA MAS NOR--
MAL, DISMINUYENDO SU SENTIMIENTO DE INCAPACIDAD Y FRACASO, ADE-
MÁS DE FORTALECER SUS NÚCLEOS DÉBILES Y CAPACITARLO PARA ENFRE-
NTARSE CON CIERTA VENTAJA A SUS LIMITACIONES REALES.

CAPITULO I

DESCRIPCION DEL SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA

A) DATOS PRINCIPALES SOBRE EL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.

- 1 - SINONIMIA.
- 2 - HISTORIA.
- 3 - GENERALIDADES.

B) ETIOLOGÍA.

C) SINTOMATOLOGÍA.

- 1 - SÍNTOMAS DE CARÁCTER MOTRIZ.
- 2 - SÍNTOMAS DE CARÁCTER PERCEPTIVO.
- 3 - SÍNTOMAS DE CARÁCTER AFECTIVO.
- 4 - SÍNTOMAS DE CARÁCTER SOCIAL.
- 5 - SÍNTOMAS GENERALES DE LA CONDUCTA.

D) DIAGNÓSTICO.

- 1 - HISTORIA CLÍNICA.
- 2 - ESTUDIO PSICOLÓGICO.
- 3 - ESTUDIO PEDAGÓGICO.
- 4 - ESTUDIO DEL LENGUAJE.
- 5 - ESTUDIO NEUROLÓGICO.
- 6 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

A) DATOS PRINCIPALES SOBRE EL SÍNDROME DE
DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.

LA VARIEDAD DE CARACTERÍSTICAS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTA EL DIAGNÓSTICO DEL NIÑO CON ESTE SÍNDROME ES UNA DE LAS CAUSAS POR LAS CUALES NO SUELE SER COMPARTIDO POR LOS PEDIATRAS, NEURÓLOGOS Y PSICÓLOGOS. POR ELLO, INCLUSIVE EL DIAGNÓSTICO PUEDE RECIBIR DIFERENTES TÉRMINOS, LOS QUE SE BASAN EN LA CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE O EN EL GRUPO DE CARACTERÍSTICAS QUE SE PRESENTAN EN LA ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA. SIN EMBARGO, EXISTEN ALTERACIONES CLÁSICAS DENTRO DE LA CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA Y UN SINNÚMERO DE OTRAS ALTERACIONES QUE VARÍAN EN INTENSIDAD Y QUE PUEDEN O NO EXISTIR EN ESTE NIÑO.

1 - SINONIMIA.

EN LA ACTUALIDAD EL TÉRMINO DE "SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA" (S.D.C.M.), ES SEGUIDO DE LA FRASE QUE SE CONSIDERA ANÁLOGA: "CONFUSIÓN MENTAL MÁXIMA". ESTO ES UN CLARO EJEMPLO DE LAS LIMITACIONES DE COMUNICACIÓN QUE EXISTEN TANTO EN EL CAMPO MÉDICO COMO EN TODAS LAS DEMÁS CIENCIAS Y FILOSOFÍAS. ESTA COMUNICACIÓN PRESENTA UNA GRAN RESISTENCIA PARA ACEPTAR LA VERACIDAD DE LA EXISTENCIA DE TAL HIPÓTESIS Y CREA MAYORES PROBLEMAS AUN PARA LOGRAR UN COMÚN ACUERDO EN CUANTO A LOS FÁRMACOS Y MÉTODOS DE ENTRENAMIENTO INDICADOS PARA SU TRATAMIENTO.

EL TÉRMINO DE "DAÑO CEREBRAL MÍNIMO" SE DERIVA DEL CONCEPTO DE "DAÑO CEREBRAL" Y POSTERIORMENTE "MÍNIMO" DESIGNA MANIFESTACIONES ANORMALES SUBCLÍNICAS MOTORAS, PERCEPTIVAS O INTELECTUALES, QUE INDICAN DIFICULTAD EN UN ÁREA ESPECÍFICA DE APRENDIZAJE O DE LA CONDUCTA. ESTE TÉRMINO SE USA PARA DESIGNAR AL NIÑO QUE PERTENECE A UNA CLASIFICACIÓN ORGÁNICA PERO SIN CONSIDERAR LOS SÍNTOMAS O AGENTES RESPONSABLES DEL SÍNDROME. SE PUEDE DEMOSTRAR QUE EL DAÑO CEREBRAL ES UN FACTOR QUE INFLUYE EN UNA ENORME VARIEDAD DE ALTERACIONES DE LA CONDUCTA.

EL DR. WEDELL UTILIZA LA FRASE "DAÑO CEREBRAL MÍNIMO" PARA DESCRIBIR UNA CONDICIÓN EN LA QUE EL SIGNO NEUROLÓGICO ES

MÍNIMO O NO APARECE Y SÓLO SE OBSERVA UN DESORDEN COGNOSCITIVO, DEL PENSAMIENTO O DEL AFECTO.

ESTE SÍNDROME RECIBE UNA TERMINOLOGÍA VARIADA EN DIFERENTES PAÍSES. EN FRANCIA, EL DR. TARDIEU LO LLAMA "DEBILIDAD - - PSICO-MOTRIZ"; EN ITALIA SE LE LLAMA "CEREBROPATÍA"; EN INGLATERRA: "SINTOMATOLOGÍA MÍNIMA DE DAÑO CEREBRAL". FINALMENTE, - EL DR. PAINE LO LLAMA "MANIFESTACIONES INFANTILES DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA", (1) SIENDO EL TÉRMINO ACEPTADO ACTUALMENTE PARA EVITAR DIFERENCIAS.

EL DR. CLEMENTS HACE UNA LISTA EXPONIENTE LOS TREINTA Y OCHO TÉRMINOS QUE SE HAN ENCONTRADO PARA DESIGNAR LA DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA. TÉRMINOS QUE SE AGRUPAN DE LA SIGUIENTE MANERA: (2)

GRUPO I. ASPECTOS ORGÁNICOS.

ASOCIACIÓN DE LA PATOLOGÍA CON DÉFICIT.
 DAÑO CEREBRAL ORGÁNICO.
 PADECIMIENTO CEREBRAL ORGÁNICO.
 DISFUNCIÓN CEREBRAL ORGÁNICA.
 DAÑO CEREBRAL MÍNIMO.
 DAÑO CEREBRAL DIFUSO
 NEUROFRENIA.
 IMPULSIVIDAD ORGÁNICA.
 DESORDEN DE CONDUCTA ORGÁNICO.
 SÍNDROME CLOREIFORME.
 DAÑO CEREBRAL MENOR.
 LESIÓN CEREBRAL MÍNIMA.
 LESIÓN MÍNIMA.
 SÍNDROMES CEREBRALES, MÍNIMOS, CRÓNICOS.
 PARÁLISIS CEREBRAL MÍNIMA.
 SÍNDROME CEREBRAL DE DESINCRONIZACIÓN.

GRUPO II. SEGMENTO O CONSECUENCIA.

SÍNDROME DE CONDUCTA HIPERKINÉTICO.
 DESORDEN DE CARÁCTER IMPULSIVO.
 DESORDEN HIPERKINÉTICO IMPULSIVO.
 DESORDEN DE CONDUCTA AGRESIVA.
 DESORDEN PSICONEUROLÓGICO DEL APRENDIZAJE.
 SÍNDROME HIPERKINÉTICO.
 DISLEXIA.
 SÍNDROME DE HIPER-EXITABILIDAD.
 INVALIDEZ PERCEPTUAL.
 RETRASO PRIMARIO DE LECTURA.
 INCAPACIDAD ESPECÍFICA DE LECTURA.
 SÍNDROME DEL NIÑO TORPE.
 SÍNDROME HIPO-KINÉTICO.

DESVENTAJADOS DE PERCEPCION.
 SÍNDROME AFÁSICO.
 INCAPACIDAD DE APRENDIZAJE.
 DESVENTAJA CONCEPTUAL.
 DESÓRDENES DE ATENCIÓN.

2 - HISTORIA.

EL ESTUDIO DE ESTE TEMA, SU DESCRIPCIÓN, SINTOMATOLOGÍA, -- ETIOLOGÍA Y SOBRE TODO EN CUANTO A SU TRATAMIENTO, EMPEZÓ APROXIMADAMENTE A FINES DEL SIGLO PASADO EN FORMA DE ENSAYO.

LOS MÉTODOS DE ITARD DIRIGIDOS AL PROBLEMA DEL NIÑO SORDO FORMARON LA BASE DE UN SISTEMA DE ADIESTRAMIENTO QUE EVOLUCIONÓ HASTA ALCANZAR EL PRINCIPIO DE LOS CONCEPTOS ACTUALES. POSTERIORMENTE SÉGUIN, DISCÍPULO DE ITARD, CONTINUÓ EL CAMINO DE SU MAESTRO. SÉGUIN ERA NEURÓLOGO Y EDUCADOR, POR LO CUAL SU VISIÓN DEL PROBLEMA FUE UN POCO MÁS ACERTADA. LOGRÓ HACER UNA SEPARACIÓN ENTRE DOS TIPOS DE DEFICIENCIA MENTAL, LA PROFUNDA Y LA SUPERFICIAL. CONSIDERABA AL CEREBRO COMO LA PORCIÓN LIBRE DE DAÑO AUNQUE RECONOCÍA QUE EN ESTE TIPO DE NIÑO LOS SENTIDOS SE ENCONTRABAN IMPOSIBILITADOS PARA ACTUAR NORMALMENTE. SU TEORÍA RADICABA EN EL ADIESTRAMIENTO DE LOS SENTIDOS AFECTADOS, CON LO CUAL PRETENDÍA QUE LLEGARAN AL CEREBRO "IMPRESIONES CORRECTAS" PARA OBTENER UNA BUENA FUNCIÓN CENTRAL.

EN SUIZA, GUGGENBUEHL, TRABAJÓ CON UN GRUPO DE "CRETINOS" EMPLEANDO TÉCNICAS SENCILLAS PERO EFECTIVAS PARA ATRAER SU ATENCIÓN Y ASÍ ADIESTRARLOS. SIN EMBARGO, EL INTERÉS PÚBLICO POR DAR UNA ATENCIÓN ESPECIAL A ESTOS NIÑOS NO SE MANIFESTÓ SINO -- HASTA 1846, CUANDO SE CREÓ EN MASSACHUSETTS UN INSTITUTO PARA -- NIÑOS OLIGOFRÉNICOS QUE RECIBIERON CIERTA ORIENTACIÓN EDUCATIVA. EN ESTA "EDUCACIÓN" SE DIÓ ESPECIAL ÉNFASIS A LA CREACIÓN DE HÁBITOS DE CONVIVENCIA SOCIAL Y AL EJERCICIO DE LOS SENTIDOS PERTURBADOS. (3)

A FINES DEL SIGLO XIX SE CREARON INSTITUCIONES MÁS ADECUADAS PARA LOS PACIENTES YA QUE LOS EDUCADORES HABÍAN TOMADO CONCIENCIA DE LAS NECESIDADES DE AQUELLOS. PERO FUE HASTA PRINCIPIOS DEL SIGLO XX CUANDO EL PROBLEMA SE RESOLVIÓ PARCIALMENTE A TRAVÉS DE LA ESCALA DE BINET EN QUE SE PUDIERON DETECTAR ALGUNOS

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. AHORA EL DR. STRAUSS YA RECONOCÍA - EL SÍNTOMA PERO LO ATRIBUÍA A CAUSAS PSICOGENÉTICAS.

EN REALIDAD, LOS AUTORES MENCIONADOS CARECÍAN AÚN DEL -- ENTRENAMIENTO NECESARIO PARA TRATAR A ESTOS PACIENTES Y FUE HACIA 1934 CUANDO LOS DRs. KHAN Y COHEN SE ATREVIERON A AFIRMAR -- QUE CIERTAS CARACTERÍSTICAS ANORMALES DE LA CONDUCTA TENÍAN ORIGEN ORGÁNICO, ENTRE ELLAS MENCIONARON LA HIPERKINESIA, LA FALTA DE COORDINACIÓN MOTRIZ Y LA AUSENCIA DE UNA INHIBICIÓN ADECUADA DE CIERTAS CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA.⁽⁴⁾ A ESTA INVESTIGACIÓN SIGUIÓ LA DEL DR. ORTON (1937), QUE SE CONSIDERA COMO CLÁSICA EN EL TEMA. DIEZ AÑOS MÁS TARDE (1947) STRAUSS Y LEHTINEN INICIARON EL TRATAMIENTO, PROPIAMENTE DICHO, CON LOS NIÑOS QUE MOS TRABAN ANORMALIDADES DE CONDUCTA, DE APRENDIZAJE Y DE LAS FUNCTIONS PSICOLÓGICAS Y NEUROLÓGICAS.⁽⁵⁾ DESPUÉS DE ESTE ESTUDIO QUE HABÍA DURADO VEINTE AÑOS, EL PADECIMIENTO DE TALES CASOS -- RECIBIÓ EL NOMBRE DE "LESIÓN CEREBRAL MÍNIMA"; RECONOCIÉNDOSE -- LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: HIPER-ACTIVIDAD, LA IMPULSIVIDAD, LOS DEFECTOS COGNOSCITIVOS Y LA LABILIDAD EMOCIONAL.

FINALMENTE, HACIA 1950 SE ESTABLECIÓ EL USO DEL ESTUDIO PSICOLÓGICO EN AQUELLOS NIÑOS CUYA INTELIGENCIA ERA NORMAL Y A PESAR DE ELLO PRESENTABAN ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN.

3 - GENERALIDADES.

AL HABLAR DEL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA HAY -- QUE RECORDAR QUE EXISTE EN ÉL UNA RELACIÓN ESTRECHA ENTRE LA -- NEUROLOGÍA Y LA PSICOLOGÍA.

LA PRESENCIA DEL S.D.C.M. EN EL NIÑO, INDICA QUE SU DESARROLLO HA SUFRIDO PERTURBACIONES, YA SEAN EN EL ÁREA MOTRIZ, -- PERCEPTIVA, COGNOSCITIVA, DE LENGUAJE O DE CONDUCTA. ESTAS PERTURBACIONES SE DEBEN A UNA CAUSA ORGÁNICA QUE EN OCASIONES NO -- PRESENTA SIGNOS NEUROLÓGICOS EVIDENTES. SIN EMBARGO, SU PRESENCIA INDICA QUE HUBO UNA LESIÓN EN EL ORGANISMO, LA CUAL PUDO -- HABER OCURRIDO DURANTE EL DESARROLLO EMBRIONAL, EL PARTO O LOS CINCO PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

EN LA DESCRIPCIÓN DEL DR. MICHELL DEL S.D.C.M., SE OBSE

VAN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES: HIPERKINESIA, LAPSO DE ATENCIÓN REDUCIDO, FALTA DE CONTROL DE IMPULSOS, HUMOR LÁBIL, CONDUCTA ANTI-SOCIAL, AGRESIVIDAD, DIVERSOS DEFECTOS INTELECTUALES (COMO LA PERSEVERACIÓN), ATAQUES DE ANSIEDAD Y ACTITUDES DE RITUAL. (6)

DE UN MODO GENERAL SE PUEDE DECIR QUE LA CONDUCTA DE ESTE NIÑO ES DIFÍCIL DE COMPRENDER, IMPREDECIBLE, IMPULSIVA E INMADURA. SU ACTIVIDAD SUELE SER EXAGERADA, DE Poca CONSTANCIA Y CREATIVIDAD, POR LO GENERAL DESTRUCTIVA, REPETITIVA Y MOLESTA PARA QUIEN LO RODEA. EL NIÑO NO PARECE COMPRENDER LO QUE VERBALMENTE SE LE PIDE, IGNORA LAS SITUACIONES QUE LO RODEAN Y FRECUENTEMENTE BUSCA PROBLEMAS, YA SEAN DE RELACIÓN INTER-PERSONAL O DE PELIGRO PARA SÍ MISMO O PARA LOS DEMÁS. SU ATENCIÓN ES CORTA Y DÉBIL, LO QUE LE DIFICULTA EL APRENDIZAJE Y HACE QUE SU MEMORIA SEA POBRE, ADEMÁS DE TENER INTERESES MOMENTÁNEOS Y PASAJEROS. EN CUANTO A SU AFECTIVIDAD, ÉSTA ES DE UN TONO EMOCIONAL "EMPALAGOSO", CON ESTADOS DE ÁNIMO QUE CAMBIAN CONSTANTEMENTE, SIN EXISTIR CAUSAS APARENTES QUE LO JUSTIFIQUEN. SUS EMOCIONES SON EXTREMAS, COMO SI EN ÉL NO EXISTIERA UN TÉRMINO MEDIO. LA FALTA DE CONTROL DE IMPULSOS ES NOTORIA, SUS ACTITUDES NO RESPONDEN ADECUADAMENTE A LOS ESTÍMULOS QUE SE LE PRESENTAN.

TAL PANORAMA EXPLICA EL PORQUÉ DE LA DIFICULTAD DE MANEJO DEL NIÑO YA QUE LAS PRIMERAS REACCIONES QUE SU CONDUCTA ORIGINA EN EL ADULTO SON DE IMPACIENCIA Y FASTIDIO. SU ACTITUD ES DESORGANIZADA E ILÓGICA, RAZÓN POR LA CUAL CARECE DE AMISTADES Y TIENE GRAN DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON NIÑOS NORMALES, PREFIRIENDO LA COMPAÑÍA DEL ADULTO.

EL OBJETO DE ESTIMULAR LAS RELACIONES INTER-PERSONALES DEL NIÑO ES QUE DE ELLO DEPENDE QUE SE FORTALEZCA SU ESTRUCTURA NERVIOSA QUE ES LA BASE DE LAS FUNCIONES DE LA CONDUCTA, EL LENGUAJE Y EL APRENDIZAJE.

AL ESTUDIAR LAS LESIONES CEREBRALES, ES INDISPENSABLE TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES PUNTOS: EL ÁREA O LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN EN EL CEREBRO, LA CAUSA U ORIGEN DE LA MISMA, SU EXTENSIÓN Y LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA QUE LA LESIÓN PROVO-

CÓ EN EL NIÑO COMO SÍNTOMAS SECUNDARIOS. (7) SÓLO CONSIDERANDO - ESTOS PUNTOS SE LOGRA OBTENER UN DIAGNÓSTICO CLARO DEL PADECI- MIENTO Y VER LAS LIMITACIONES QUE LA LESIÓN PRODUCE EN EL NIÑO CON EL CONSECUENTE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y PE- DAGÓGICO QUE NECESITA.

B) ETIOLOGÍA DEL S. D. C. M.

AL HABLAR DE LAS CAUSAS QUE PRODUCEN EL SÍNDROME, EN MU- CHAS OCASIONES SÓLO SE PUEDE CREER QUE ESTOS SEAN MUL- TIFACTORIALES. PARA TENER UNA SEGURIDAD ACERCA DE SU ORIGEN - SE REQUIERE DE UN CONTROL CASI ABSOLUTO DEL DESARROLLO FETAL, - DE LAS CONDICIONES FÍSICAS, QUÍMICAS Y PSÍQUICAS DE LA MADRE -- DURANTE EL EMBARAZO, DE LA SITUACIÓN EXACTA BAJO LA CUAL SE LLE VÓ A CABO EL PARTO Y DEL DESARROLLO DEL NIÑO DURANTE SUS PRIME- ROS CINCO AÑOS. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS NO SE TIENEN ESTOS DATOS, POR LO QUE RESULTA DIFÍCIL PODER ASEGURAR A QUÉ CAUSA SE DEBE LA LESIÓN. ADEMÁS, LO MÁS IMPORTANTE NO ES SÓLO EL ORIGEN DE ÉSTA SINO SU EXTENSIÓN Y LA FORMA COMO HA REPERCUTIDO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO (LO QUE DEPENDE EN GRAN MEDIDA DE LA EDAD - EN LA CUAL ÉSTA OCURRIÓ).

EL DR. STRAUSS HACE UNA LISTA DE LOS FACTORES QUE PUENF PRODUCIR LESIÓN CEREBRAL EN LAS FASES: PRE, PERI Y POST-NATALES. (8)

FACTORES PRE-NATALES.

- EMBARAZO PROLONGADO.
- ECLAMPSIA (EN LA QUE FRECUENTEMENTE SE PRODUCEN LESIONES CERE BRALES MENÍNGEAS PERSISTENTES).
- MALA FORMACIÓN PÉLVICA O ESTRECHEZ.
- HEMORRAGIAS CEREBRALES O MENÍNGEAS (CAUSADAS POR FRAGILIDAD - VASCULAR O ANEURÍSMAS CONGÉNITOS.)
- INFARTOS PLACENTARIOS.
- ANOXIA.
- BAJO PESO DEL FETO.
- ALTO PESO DEL FETO.

- INERCIA UTERINA.
- ALCOHOLISMO.
- ADICCIÓN A DROGAS (QUE CAUSAN LA MISMA ADICCIÓN EN EL FETO).
- PADECIMIENTOS QUE SUFRE LA MADRE:

RUBÉOLA (EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO) QUE PUEDE -
TENER POR RESULTADO LA SORDERA, LA FISURA DEL PALADAR, -
LAS CATARATAS Y OTRAS REPERCUSIONES SERIAS EN LAS FUNCIO-
NES VISUALES DEL PRODUCTO. TOS-FERINA, TIFOIDEA, PAROTI-
DITIS, TUBERCULOSIS, ESTADOS SERIOS DE ANEMIA, INTOXICA-
CIONES ETÉREAS, DE CLOROFORMIA OXICARBONADA (QUE PRODUCE
SORDO-MUDEZ O AFSIA).

FACTORES PERI-NATALES.

- PARTO PREMATURO.
- PARTO POR CESÁREA.
- USO DE FÓRCEPS.
- USO INADECUADO DE ANESTESIA O DROGAS.
- PARTO PROLONGADO.
- PARTO ACELERADO.
- PARTO SECO.
- ANOMALÍAS DEL CORDÓN UMBILICAL.
- ANOMALÍAS POSTURALES DEL FETO.
- DISTOCIAS.

FACTORES POST-NATALES.

- TRAUMATISMOS CRANEANOS.
- SECUELAS DEBIDAS AL FACTOR RH.
- ANOXIAS ACCIDENTALES.
- ENFERMEDADES INFECCIOSAS; PAROTIDITIS, SARAMPIÓN, TOS-FE-
RINA, ESCARLATINA, MENINGITIS, ETC.

EXISTE TAMBIÉN UNA INTERACCIÓN ENTRE LAS DIFICULTADES
AMBIENTALES O TENSIONALES Y LA PRE-DISPOSICIÓN DEL NIÑO, COMO
CAUSA HEREDITARIA.

HAY DATOS INTERESANTES EN CUANTO AL PORCENTAJE EXISTEN-

TE DE NIÑOS CON LESIÓN CEREBRAL. EN EL ESTUDIO DE UN GRUPO DE RECIÉN NACIDOS VIVOS, PRIMOGÉNITOS, SE ENCONTRÓ QUE SU INCIDENCIA ERA DEL 60 AL 80%.

SE HA PENSADO QUE ENTRE ESTOS CASOS UN PORCENTAJE DEL 10 AL 15% LA ADQUIRIERON DURANTE EL EMBARAZO, UN 70 A 80% DURANTE EL PARTO Y EL PORCENTAJE RESTANTE, DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS. (9)

UN ESTUDIO LLEVADO A CABO EN EL "WAYNE TRAINING SCHOOL", REVELÓ LOS SIGUIENTES DATOS: LOS NIÑOS CON LESIÓN CEREBRAL ALCANZAN EL 39% DE LA MUESTRA TOTAL DE 100 CASOS. (10) DE ESTE PORCENTAJE EL 12% FUE DE PARTO PREMATURO, EL 8% ERA CONSECUENCIA DE UNA MENINGITIS O ENCEFALITIS; EL 2% DE TRAUMATISMOS PRENATALES; EL 3% ERA DE ORIGEN DESCONOCIDO, Y EL 14% DE LESIONES DE PARTO EN GENERAL.

SE HAN HECHO EXPERIMENTOS CON ANIMALES DE LABORATORIO CON EL OBJETO DE CONFIRMAR EL EFECTO DE UN ESTADO DE HIPOXIA. LOS RESULTADOS OBTENIDOS HAN SIDO DE REACCIONES HIPERKINÉTICAS, TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN Y CONVULSIONES. (11)

C) SINTOMATOLOGÍA.

AL HACER UNA DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL NIÑO, HAY QUE RECORDAR QUE ÉSTA PUEDE VARIAR DESDE EL GRADO LEVE HASTA EL EXAGERADO. LAS CARACTERÍSTICAS SINTOMÁTICAS QUE A CONTINUACIÓN EXPONGO REPRESENTAN UNA TOTALIDAD DE LA EXPRESIÓN DEL SÍNDROME. CADA PACIENTE PRESENTA ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE INCAPACIDAD Y EN CAMBIO SE MUESTRA DIESTRO EN OTRAS. POR EJEMPLO, ESTE NIÑO SUELE PASAR ANTE LOS OJOS DE CUALQUIER PERSONA EXTRAÑA COMO UN NIÑO NORMAL, ATRACTIVO Y SERVICIAL, SI ASÍ SE LO PROPONE. SIN EMBARGO, REPENTINAMENTE CAMBIA DE ACTITUD SIN QUE LA PERSONA EXTRAÑA PUEDA COMPRENDER LA CAUSA DE TAL CONDUCTA; EXTRAÑAMENTE, SU FÍSICO ES NORMAL Y NO SUELE TENER DEFECTOS QUE SE REFLEJEN EN SU CARA.

LA DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA QUE EL NIÑO PRESENTA NO REFLEJA EN NADA EL TAMAÑO DE LA LESIÓN, YA QUE EL TÉRMINO "MÍNIMA" SE REFIERE ÚNICAMENTE A QUE POR LO GENERAL DICHA LESIÓN CEREBRAL

ES LEVE O DIFUSA. POR LO CONTRARIO, LAS LIMITACIONES QUE PRESENTA EN EL CAMPO MOTRIZ, DE PERCEPCIÓN, COGNOSCITIVO, DE LENGUAJE Y CONDUCTA, REPERCUTEN SERIAMENTE EN EL DESARROLLO DE SU PERSONALIDAD.

MENKES AFIRMA QUE LA MAYORÍA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME, COMO SON LA AGRESIVIDAD Y LA DIFICULTAD DE COMUNICARSE, DISMINUYE CONSIDERABLEMENTE EN LA PUBERTAD AUNQUE SE DAN CASOS EN LOS QUE ESTO NO SUCEDE Y POR LO CONTRARIO, PUEDE HABER UN AUMENTO DE ESTAS CARACTERÍSTICAS. (12)

1 - SÍNTOMAS DE CARÁCTER MOTRIZ.

EL RASGO PREDOMINANTE ES LA HIPER-ACTIVIDAD QUE PUEDE SER DE ÍNDOLE MOTRIZ Y/O SENSORIAL. SE ENTIENDE POR HIPER-ACTIVIDAD LA INQUIETUD DEL NIÑO, SU IRRITABILIDAD Y SU ESTADO GENERAL DE MOVIMIENTO.†

LOS ASPECTOS MAS NOTORIOS EN SU APARIENCIA Y COMPORTAMIENTO SON: (13)

- CAPACIDAD DE ATENCIÓN REDUCIDA.
- TORPEZA GENERAL EN SU MODO DE COMER, VESTIR, CORRER Y BRINGAR.
- DIFICULTAD PARA ESCRIBIR, DIBUJAR Y COPIAR FORMAS GEOMÉTRICAS SOBRE PAPEL.
- DIFICULTAD EN DISTINGUIR LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO.
- FALTA DE CONCIENCIA ANTE LAS PARTES DE SU CUERPO.
- CARENCIA DE ORIENTACIÓN ESPACIAL EN SUS MOVIMIENTOS.
- ESTADO GENERAL DE DESCUIDO DE SÍ MISMO.

SE PUEDE OBSERVAR EN ESTE NIÑO QUE SUS MOVIMIENTOS SON REPETITIVOS Y RÍTMICOS POR LO QUE SU CONDUCTA PARECE SER NERVIOSA. SU MAYOR GRADO DE DISTRACCIÓN Y LA FALTA DE ATENCIÓN ESTÁN RELACIONADAS CON SU NIVEL DE ACTIVIDAD. ESTO EXPLICA EL PORQUÉ LE ES TAN DIFÍCIL PRESTAR ATENCIÓN Y CONCENTRARSE. ADEMÁS, ES NECESARIO RECORDAR QUE EN SITUACIONES DE TENSIÓN EMOCIONAL SU ACTIVIDAD MOTORA AUMENTA, ASÍ COMO AL CAMBIAR DE AMBIENTE. POR

† A PESAR DE SER LA HIPER-ACTIVIDAD LA CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE DEL SÍNDROME, SE HA HABLADO DEL NIÑO CON D.C.M. HIPO-ACTIVO.

ELLO LA SENSIBILIDAD DEL NIÑO REPRESENTA UNA CARGA DE TENSIÓN - EMOCIONAL ANTE EL ESTÍMULO QUE RECIBE EN CANTIDAD EXAGERADA, -- QUE PROVIENE DEL AMBIENTE Y DE SU PROPIO SISTEMA. CARGA QUE -- AUNADA A SU INCAPACIDAD DE CONTROLAR E INHIBIR LOS IMPULSOS QUE EMERGEN DE SU INTERIOR, HACE QUE UNA SITUACIÓN NORMAL SEA UNA - CATÁSTROFE QUE SE REFLEJE EN SU CONDUCTA ALTERADA. (14)

EL HECHO DE QUE SUS ANORMALIDADES FÍSICAS Y NEUROLÓGICAS SEAN APENAS PERCEPTIBLES A SIMPLE VISTA, NO IMPIDE QUE ÉSTAS LE CAUSEN UN SENTIMIENTO PERMANENTE DE INFERIORIDAD FRENTE A LOS - NIÑOS DE SU MISMA EDAD CRONOLÓGICA. ESTO SE COMPRENDE SI SE -- CONSIDERA QUE EL NIÑO DE NUEVE AÑOS YA PUEDE EJERCITAR CON AGILIDAD CIERTAS ACTIVIDADES FINAS DE MANOS, MIENTRAS QUE EL NIÑO DAÑADO AÚN NO LO LOGRA.

2 - SÍNTOMAS DE CARÁCTER PERCEPTIVO.

SE CONSIDERA QUE LA PERCEPCIÓN ES LA ACCIÓN MENTAL INTERMEDIA ENTRE LA SENSACIÓN Y EL PENSAMIENTO, POR LO QUE ES EVIDENTE LA IMPORTANCIA QUE TIENE SU FUNCIONAMIENTO CORRECTO. PODRÍA -- EXPLICARSE EL PAPEL DE LA PERCEPCIÓN COMO EL FACTOR QUE DA SENTIDO Y SIGNIFICADO A LA SENSACIÓN. ES A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL QUE LA SENSACIÓN ADQUIERE SIGNIFICADO Y SE TRANSFORMA EN PERCEPCIÓN.

LA CAPACIDAD DE INTEGRACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEPENDE DE LA ORGANIZACIÓN E INTEGRIDAD DEL ORGANISMO EN SU TOTALIDAD, ES DECIR, DE SU SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (S.N.C.). LA PRIMERA PERCEPCIÓN CONSISTE EN LA CAPTACIÓN DE UN CAMPO PERCEPTUAL INDEFINIDO EN EL CUAL POSTERIORMENTE SE PERCIBEN LAS SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS. LAS PERCEPCIONES PRIMERAS SON EN FORMA PARCIAL -- (O PRIMARIAS) Y LAS SEGUNDAS, EN FORMA GLOBAL (O SECUNDARIAS). AL APARECER EN EL INDIVIDUO UNA PERCEPCIÓN SECUNDARIA, ÉSTA BORRA POR COMPLETO LA IMAGEN ORIGINAL O PRIMARIA; POR ELLO SE DICE QUE LAS PERCEPCIONES SON IRREVERSIBLES.

CUANDO LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS SE ENCUENTRAN DAÑADOS, SE VUELVEN INSENSIBLES ANTE LOS ESTÍMULOS DEL MEDIO Y POR ELLO NO PRODUCEN LAS RESPUESTAS DE UN ORGANISMO NORMAL. DE LA ACTIVIDAD DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES (LA VISIÓN, EL TACTO, LA AUDI-

CIÓN, ETC.) SURGEN: LA ORGANIZACIÓN, EL SENTIDO, Y EL CONTENIDO DE EXPERIENCIAS DE LA SENSACIÓN.

SE HA VISTO CON CIERTA FRECUENCIA QUE NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS QUE HAN PADECIDO EL SÍNDROME, MUESTRAN UNA FALTA DE INTERÉS CONSISTENTE EN TODA ACTIVIDAD, YA SEA DE ESTUDIO, -- TRABAJO E INCLUSIVE DE HOBBIES .

EL NIÑO SUFRE DE UNA ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN, PRESENTA LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS GENERALES: (15)

- DISTRACTIBILIDAD.
- DESINHIBICIÓN.
- PERSEVERACIÓN.
- CONDUCTA ERRÁTICA.
- FALTA DE ESTABILIDAD.
- INTRANQUILIDAD.
- CONFUSIÓN EN LA PERCEPCIÓN VISUAL Y AUDITIVA.
- DIFICULTAD EN LA LECTURA.

ENTRE LOS SÍNTOMAS ESPECÍFICOS ESTÁN LOS SIGUIENTES:

- DESINTEGRACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE FORMA Y ESPACIO.
- ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN DEL MOVIMIENTO APARENTE (AUNQUE SÍ PERCIBEN EL MOVIMIENTO REAL).
- DISMINUCIÓN DE LA NITIDEZ DE LA FIGURA.
- NIVELACIÓN DIFERENTE ENTRE FONDO Y FIGURA.
- INVERSIÓN DE FIGURA Y FONDO.
- PERSEVERANCIA EN SUS ACTITUDES.
- ATRACCIÓN EXAGERADA POR EL FONDO CON LO CUAL SE IGNORA LA FIGURA.

(EL TRASTORNO EN LA PERCEPCIÓN ES UNA DESVENTAJA CONSIDERABLE EN EL APRENDIZAJE, ASÍ COMO LA DISOCIACIÓN, QUE ES UNA -- CARACTERÍSTICA DEL SÍNDROME. LA DISOCIACIÓN SE REFIERE A LA -- INCAPACIDAD DE VER LOS OBJETOS COMO UNA GESTALT (UN TODO O CONJUNTO). EL NIÑO PERCIBE LOS DETALLES QUE ATRAEN SU ATENCIÓN, -- PERO NO PRESTA ATENCIÓN AL CONJUNTO QUE LOS CONTIENE. PARA SUPERAR EL DÉFICIT DE LA PERCEPCIÓN VISO-MOTORA, SON DE GRAN UTILIDAD LOS EJERCICIOS DE LECTURA. UNA TEORÍA CONOCIDA ES AQUELLA QUE AFIRMA QUE LA PERCEPCIÓN, CONFORME A LA TEORÍA DE LA -- GESTALT, REPRESENTA EL ÁREA PRINCIPAL DE INTEGRACIÓN Y CONSE--

CUENTEMENTE DEL APRENDIZAJE.

3 - SÍNTOMAS DE CARÁCTER AFECTIVO.

BAJO "CARÁCTER AFECTIVO" SE ENTIENDE TODO SENTIMIENTO O EMOCIÓN PROPIOS DEL INDIVIDUO. EN EL NIÑO AFECTADO POR EL SÍNDROME LA AFECTIVIDAD PUEDE SER CONSIDERADA INCLUSIVE COMO SÍNTOMA SECUNDARIO CUYAS PRINCIPALES EXPRESIONES SON LAS SIGUIENTES CUATRO:

- 1) LABILIDAD AUMENTADA
- 2) ALTERACIÓN EN LAS REACCIONES
- 3) AGRESIVIDAD AUMENTADA
- 4) DISFORIA

EN EL DESARROLLO DE SU AFECTIVIDAD PRESENTA OTROS SÍNTOMAS, LOS QUE ENUMERAMOS A CONTINUACIÓN: (16)

- INMADUREZ EMOCIONAL
- ANSIEDAD
- TEMORES
- FRACASO ESCOLAR Y SOCIAL
- CONDUCTA IMPULSIVA (QUE LO LLEVA AL DESPLAZAMIENTO INAPROPIADO DE SU AFECTIVIDAD)
- SENTIMIENTO DE CULPA (CONSECUENTE)
- CONCEPTO FRAGMENTADO DE SU CUERPO
- IMAGEN DEFORMADA DE SU PERSONALIDAD
- SENTIMIENTO DE FRACASO O DERROTA.

EN CUANTO AL ASPECTO AFECTIVO Y DE DEPENDENCIA, LA MADRE DESCRIBE COMÚNMENTE AL NIÑO COMO FRÍO Y SIN NECESIDAD DE AFECTO MATERNO O POR LO CONTRARIO, PUEDE SER UN INFANTE INSACIABLE DE AFECTO. UN RASGO COMÚN EN LA VIDA DEL BEBÉ ES QUE LA HORA DE LA COMIDA SE CONVIERTA EN UNA OCASIÓN DE BATALLA, YA QUE LA ACTITUD DE LA MADRE ES LA DE TRATAR QUE EL BEBÉ MAME Y ÉSTE SE REHUSA. ASÍ SE INICIAN LAS DIFICULTADES DE RELACIÓN MADRE-HIJO QUE TENDRÁN COMO CONSECUENCIA FUTURA UNA REACCIÓN DE RECHAZO POR PARTE DE LA MADRE HACIA LA CRIATURA. LA DESTRUCTIVIDAD QUE MUESTRA EL BEBÉ Y SU INCAPACIDAD DE RESPONDER A CONTROLES SOCIALES SON CLÁSICAS, YA QUE SON RESULTADO DE SU INEPTITUD PARA LA SOCIABILIDAD. (+) COMO DEAMBULADOR SE ALEJA DE SU CASA Y AL INICIAR LA ESCUELA NO

PRESENTA ANGUSTIA POR SEPARARSE DE LA MADRE. ESTA CONDUCTA PUEDE SER OPUESTA VARIANDO ENTRE LA DEPENDENCIA Y LA INDEPENDENCIA Y ENTRE LA VORACIDAD AFECTIVA Y LA INDIFERENCIA TOTAL.

ES COMÚN QUE EL NIÑO TENGA UN CONCEPTO DE DESINTEGRACIÓN DE SÍ MISMO Y POR LO TANTO, NO CREA QUE SU CUERPO PUEDE TRABAJAR COMO "UNIDAD", POR LO QUE SU APRENDIZAJE SERÁ MUY REDUCIDO. ADEMÁS, ESTE NIÑO NO CONFÍA EN SÍ MISMO LO SUFICIENTE COMO PARA CREER QUE PUEDE EJECUTAR UNA DETERMINADA TAREA ACERTADAMENTE. DE AQUÍ QUE TENGA UN AUTO-CONCEPTO POBRE E INFERORIZADO, LO QUE LO LLEVA A ACTUAR INADECUADAMENTE EN SOCIEDAD, YA QUE CARECE DE CONFIANZA EN SÍ MISMO Y POR LO TANTO, LA ÚNICA INTENCIÓN DE SU COMPORTAMIENTO ES LLAMAR LA ATENCIÓN. ESTO EXPLICA QUE NO PUEDA DESARROLLAR UN "YO" SÓLIDO.

PARA LOGRAR UNA MEJORÍA EN SU COMPORTAMIENTO ES INDISPENSABLE AYUDARLE A FORTALECER SU "YO", DEMASIADO DÉBIL Y DEVALUADO. POSTERIORMENTE ADQUIRIRÁ LA CONFIANZA REQUERIDA PARA ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS COMUNES A TODO NIÑO Y QUE A ÉL LE PARECERÁN GIGANTESCOS. AL ADQUIRIR SEGURIDAD, SU RELACIÓN CON EL MUNDO LE SERÁ MAS SENCILLA; A LA VEZ QUE DISPONDRÁ DE TODA AQUELLA ENERGÍA QUE ANTERIORMENTE UTILIZABA PARA DEFENDERSE, EN UN ESFUERZO DE ADAPTACIÓN SOCIAL AHORA FRUCTÍFERO. ESTO NO SIGNIFICA QUE AL HABER ADQUIRIDO CIERTA FUERZA YOICA TODOS SUS ESFUERZOS ALCANZARÁN EL ÉXITO, PERO SÍ PODRÁ AUTO-AFIRMARSE Y REALIZAR POSITIVAMENTE ALGUNAS LABORES. CON ELLO OBTENDRÁ UN ESTADO DE ÁNIMO DE MÁS TRANQUILIDAD Y ALEGRÍA QUE LE FACILITARÁ SUS TAREAS DIARIAS Y LA ACEPTACIÓN DE SU CRECIMIENTO CON MENOS DIFICULTAD. LA ACEPTACIÓN DEL CRECIMIENTO EN ESTE NIÑO ES UN PASO MUY DIFÍCIL, YA QUE CUENTA CON UN NÚMERO DISMINUIDO DE RECURSOS PARA RESPONDER ADECUADAMENTE A LAS SITUACIONES SOCIALES, INTELECTUALES Y EMOCIONALES ANTE LAS QUE SE ENCUENTRA. ACUDIR A ÉL CUANDO LO NECESITA, ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA EVITAR QUE SE SIENTA INCAPACITADO Y CAIGA EN ESTADOS DE DEPRESIÓN.

LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE MUESTRAN ESTOS NIÑOS SE INTERPRETAN COMO "ENMASCARADOS", YA QUE SON EN SÍ UNA DEFENSA ANTE DICHA DEPRESIÓN. LA COMPULSIÓN, SUELE SER COMÚN DEFENSA ANTE LA ANGUSTIA, PUES REPRESENTA UN MEDIO A TRAVÉS DEL CUAL EL -

NIÑO DA SALIDA A SUS NECESIDADES DE CONSTANCIA Y REPETICIÓN. -- EL OBJETO DE RESPONDER A SU LLAMADO ES HACERLE SENTIR QUE CON -- CIERTA AYUDA LOGRARÁ RESOLVER DETERMINADAS SITUACIONES. ES DECIR, BRINDARLE CONFIANZA Y FORTALECER SU AUTO-ESTIMA, APARTE DE ENSEÑARLE CÓMO OBTENER UN SENTIMIENTO DE AGRADO Y PLACER AL RESOLVER DETERMINADA SITUACIÓN. NO HAY QUE OLVIDAR QUE UN RASGO COMÚN EN ÉL ES LA INCAPACIDAD DE EXPERIMENTAR PLACER QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS VA AUNADA A SU INSACIABLE NECESIDAD DE RECIBIR ATENCIÓN Y AFECTO POR PARTE DEL ADULTO.

UNA SITUACIÓN COMÚN EN FAMILIAS CON NIÑOS DE ESTE TIPO, ES LA ACTITUD FLUCTUANTE (POR PARTE DE TODOS LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA) DE SOBREPROTECCIÓN POR UN LADO Y RECHAZO AL NIÑO -- POR EL OTRO. LO CUAL EXPLICA EL PORQUÉ DE SU SENTIMIENTO DE -- CONFUSIÓN, CULPA, MALDAD, FRUSTRACIÓN Y SOLEDAD QUE LO CONVIERTEN EN UN SER DIFÍCIL DE TRATAR Y HASTA CIERTO PUNTO "RESENTIDO".

4 - SÍNTOMAS DE CARÁCTER SOCIAL.

LOS SÍNTOMAS DE CARÁCTER SOCIAL MAS FRECUENTES SON LOS SIGUIENTES: (17)

- PROBLEMAS DE DISCIPLINA.
- RECHAZO A LA AUTORIDAD.
- ACTITUD DE DESAFÍO.
- PERSEVERANCIA EN LAS RESPUESTAS.
- NEGACIÓN DE LOS DEBERES SOCIALES.
- CONDUCTA EXPLOSIVA.
- REACCIONES IMPULSIVAS Y DESMEDIDAS.
- DESARROLLO SEXUAL ATRASADO.
- PLANES IRREALES SOBRE EL FUTURO.
- CONDUCTA ESTEREOTIPADA.
- VULNERABILIDAD EXCESIVA.
- INMADUREZ DE PENSAMIENTO.
- RELACIONES INTER-PERSONALES POBRES.
- DIFICULTAD DE ADAPTACIÓN.
- BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.
- ESTADOS DE PÁNICO.
- CORAJES DESMESURADOS.
- REACCIONES CATASTRÓFICAS.
- EPISODIOS ESQUIZOFRÉNICOS.

AL REFERIRSE AL CARÁCTER SOCIAL DEL NIÑO CON S.D.C.M., -- DEBE CONSIDERARSE LA SINTOMATOLOGÍA QUE PRESENTA EN SU FORMA GENERAL DE ENTABLAR RELACIONES INTER-PERSONALES, ES DECIR, AL MODO

COMO HACE CONTACTO CON LA GENTE, A SUS RESPUESTAS ANTE LAS DEMANDAS SOCIALES Y A SU FORMA DE VIDA SOCIAL EN SI MISMA. LA CONDUCTA QUE EXPRESA ES UN REFLEJO DE SUS SENTIMIENTOS MAS INTIMOS, QUE SE MANIFIESTAN EN DOS FORMAS PRINCIPALES: DE ACEPTACIÓN O DE RECHAZO ANTE LAS SITUACIONES CON LAS QUE SE ENFRENTA EN SU VIDA DIARIA. EL SENTIMIENTO QUE EN ÉL PREDOMINA ES EL DE CONFUSIÓN, DEBIDO A QUE VIVE EN UN AMBIENTE SOBRESTIMULANTE Y DEBIDO A LA PROPIA NECESIDAD DE REACCIÓN QUE SE GENERA EN SU INTERIOR.

FRECUENTEMENTE, LOS INTENTOS DEL ADULTO PARA AYUDARLO TERMINAN EN EL FRACASO. ESTO NO SE DEBE A LA INCOMPETENCIA DEL ADULTO NI A LA FALTA DE VOLUNTAD DE RESPUESTA DEL NIÑO, SINO A SU PROPIA INCAPACIDAD DE EXPRESAR SUS DESEOS O NECESIDADES, LO CUAL IMPOSIBILITA AL ADULTO LA COMPRESIÓN DE ÉSTOS. EL NIÑO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ANHELA RECIBIR AYUDA PERO NO SABE PEDIRLA NI ACEPTARLA. OTRO RASGO PREDOMINANTE EN SU CARÁCTER ES LA IMPULSIVIDAD SOCIAL QUE MANIFIESTA A LA MANERA DE ACTING-OUT, LO QUE DENOTA SU CAPACIDAD LIMITADA DE CONTROLAR IMPULSOS. EN ÉL, LA CAPACIDAD DE IDENTIFICACIÓN ESTÁ AFECTADA Y POR ELLO PRESENTA UNA DESPREOCUPACIÓN POR LOS RESULTADOS DE SUS ACCIONES: ESTO SE OBSERVA EN LAS FRECUENTES TRANSGRESIONES QUE LLEVA A CABO Y QUE ADEMÁS SON LA EVIDENCIA DE SU CARENCIA DE LÍMITES. TALES ACTITUDES LO COLOCAN EN UNA POSICIÓN DE RECHAZO SOCIAL⁽⁺⁾ Y LA REPROBACIÓN SOCIAL ES LA CAUSA DE SU SENTIMIENTO DE DESPRECIO ANTE SÍ MISMO QUE LO ORILLA A AVANZAR EN LA ESCALA DE LA CONDUCTA REPROBABLE. A SU VEZ, ESTA CAUSA LO IMPULSA A TENER ACTITUDES NEGATIVAS QUE POR LO GENERAL RADICAN EN EL DESEO DE POSESIÓN. ASÍ SE EXPLICA EL PORQUÉ DE SUS CONTÍNUAS MENTIRAS, ROBOS Y FALTAS MORALES; SU ACTITUD ES SIEMPRE ANTE EL RECHAZO SOCIAL Y CON UNA ÚNICA POSIBILIDAD DE GRATIFICACIÓN: LA POSESIÓN (DE OBJETOS MATERIALES), QUE EN SU MENTE LO ENRIQUECE. AUNADO AL RECHAZO POR PARTE DE LA SOCIEDAD EN LA QUE CONVIVE, ESTÁ UN SENTIMIENTO DE NO SER AMADO POR SUS PADRES NI SER POPULAR EN LA ESCUELA, LO QUE LO REDUCE A LA CATEGORÍA DE UN SER QUE CARECE DE "VALORES POSITIVOS". EL RECHAZO QUE RECIBE DE SUS PADRES NO ES UNA AYUDA EN SU MADURACIÓN; POR LO CONTRARIO,

ESTO LO FUERZA A PERMANECER EN UN ESTADO DE DEPENDENCIA DE ELLOS AL NO PODER SENTIR AMOR (QUE AL MISMO TIEMPO IMPLICA LIBERTAD) Y CON UNA PERMANENTE NECESIDAD DEL MISMO.

DIFÍCILMENTE LLEGARÁ A TENER VERDADEROS AMIGOS, AUNQUE -- APARENTA TENERLOS, PERO ÉSTOS NO SON SINO CÓMPlices DE ALGUNA -- TRAVESURA DE ÍNDOLE IMPULSIVA. ADEMÁS, AL PARTICIPAR EN JUEGOS DE GRUPO, SU NECESIDAD DE DESTACAR JUNTO CON SU INCAPACIDAD PARA LOGRARLO, LO HACEN IGNORAR O NEGAR LAS REGLAS DEL JUEGO, EN UN -- INTENTO DE OBTENER VENTAJA Y DESDE LUEGO ES RECHAZADO POR SUS -- COMPAÑEROS. DEBIDO A TODOS ESTOS FRACASOS Y FRUSTRACIONES QUE -- SUFRE COTIDIANAMENTE, NECESITA RECIBIR APOYO Y ACEPTACIÓN EN EL HOGAR, QUE PUEDAN COMPENSAR "UN POCO" SU AUTO-IMAGEN DEVALUADA.

EN CUANTO A SUS HÁBITOS DE COMPORTAMIENTO EN LA FAMILIA, ÉL DEBE SABER QUE AL SENTIRSE CANSADO O ASUSTADO, PUEDE RETIRAR-- SE A SU RECÁMARA CON EL OBJETO DE ENCONTRAR SOSIEGO. DE OTRO -- MODO, LA PRESENCIA DE LOS ESTÍMULOS CONSTANTES LO CANSAN Y LE -- PRODUCEN UN ESTADO DE ALTERACIÓN DIFÍCIL DE CONTROLAR. ESTA PAU-- TA A SU VEZ LO ACOSTUMBRA A RECONOCER SUS LÍMITES Y A ENCONTRAR REPOSO, CUANDO LO NECESITA, CON EL OBJETO DE EVITAR SITUACIONES SOBRE-ESTIMULANTES QUE LO PERJUDICAN, AL ESTAR FUERA DE SU CAPA-- CIDAD DE ADAPTACIÓN O DE SU CONTROL.

EL TENER CONOCIMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL CHICO, Y DE LAS CAUSAS QUE LO PRODUCEN, FACILITA A LOS PADRES Y ADULTOS A SU CARGO TENER UNA ACTITUD MÁS ACERTADA EN SU TRATO CON ÉL, LO QUE A SU VEZ SIMPLIFICA EL PROBLEMA Y PROCURA UNA CONVIVENCIA -- SOCIAL MÁS SANA Y SENCILLA PARA TODA LA FAMILIA.

5 - SÍNTOMAS GENERALES DE LA CONDUCTA.

AL CONCEBIR LA CONDUCTA COMO LA MANIFESTACIÓN GLOBAL DE LA EXISTENCIA DEL NIÑO, SE PUEDEN ENUMERAR LAS CARACTERÍSTICAS DE -- ELLA AFECTADAS MÁS SEVERAMENTE, DIFERENCIÁNDOLAS DE LAS PROPIAS DE UNA CONDUCTA NORMAL.

S. CLEMENTS PRESENTA UNA LISTA DE TALES CARACTERÍSTICAS. (18)

- HIPERACTIVIDAD (YA SEA SENSORIAL O MOTRIZ).
- DAÑO PERCEPTIVO MOTRIZ.
- LABILIDAD EMOCIONAL.
- DÉFICITS DE COORDINACIÓN GENERAL.

DESÓRDENES DE LA ATENCIÓN (LAPSO DE ATENCIÓN CORTO, DISTRACTIBILIDAD, PERSEVERANCIA.)

IMPULSIVIDAD.

DESÓRDENES DE LA MEMORIA Y EL PENSAMIENTO.

INCAPACIDADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE.

A) LECTURA, B) ARITMÉTICA, C) ESCRITURA, D) DELETTREO.

DESÓRDENES DE LENGUAJE Y DE AUDICIÓN.

SIGNOS NEUROLÓGICOS EQUÍVOCOS E IRREGULARIDADES ELECTROENCEFALOGRÁFICAS.

DE LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DERIVA UNA VARIEDAD DE SÍNTOMAS QUE PRINCIPALMENTE SON DE ÍNDOLE: A) MOTRIZ, B) DE LENGUAJE, C) DE DESARROLLO DEL PENSAMIENTO Y D) ANOMALÍAS EN LA PERSONALIDAD, QUE STRAUSS Y SUS COLABORADORES DESCRIBEN. (19)

- A) TRASTORNOS MOTRICES:
MOVIMIENTO CONTÍNUO.
POCA HABILIDAD MANUAL.
IMPULSIVIDAD.
DESINHIBICIÓN MOTORA.
EJECUCIÓN ERRÁTICA.
- B) TRASTORNOS DEL LENGUAJE:
TRASTORNOS DEL HABLA, DISLALIAS, ETC.
SUPERFICIALIDAD EN SUS RESPUESTAS.
- C) TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO:
DIFICULTAD DE COMPRESIÓN.
NO PIENSA ANTICIPADAMENTE.
PERTURBACIÓN NOTABLE EN EL PENSAMIENTO.
DISTRACTIBILIDAD, FALTA DE CONCENTRACIÓN.
- D) TRASTORNOS EN LA PERSONALIDAD:
INMADUREZ.
TRASTORNOS E INSISTENCIAS.
ELECCIÓN IMPULSIVA DE TAREAS.
REDUCIDOS LÍMITES SOCIALES.
EXPLOSIVIDAD EN SITUACIONES DIARIAS.
HIPERSENSIBILIDAD.
DESINHIBICIÓN EMOCIONAL (EXTROVERSIÓN).
GUSTO POR BROMEAR EXAGERADAMENTE.

EN LA CONDUCTA DE ESTE NIÑO SE OBSERVA UN DESEO DE APLICARSE A LAS DEMANDAS FAMILIARES Y SOCIALES AUNQUE SE PUEDE VER SU INCAPACIDAD PARA RECONOCER TALES DEMANDAS.

ESTAS DEMANDAS (+) PUEDEN SER IGNORADAS POR ÉL, DEBIDO AL RESULTADO DE SU DAÑO ORGÁNICO (LO QUE LIMITA SU PERCEPCIÓN CORRECTA DEL MEDIO AMBIENTE). AL TENER DIFICULTAD DE PERCEPCIÓN

CIÓN, LA TIENE TAMBIÉN DE ADAPTACIÓN YA QUE SUS ACTITUDES SE REALIZAN EN EL PLANO DEL ENSAYO, LO CUAL DENOTA SU GRAN INSEGURIDAD.

ES FRECUENTE QUE EL DESARROLLO DE SU IDENTIFICACIÓN SEXUAL SEA CRUZADA; EN NIÑAS SE PUEDE VER UNA ACTIVIDAD MOTRIZ EXAGERADA, FALTA DE DOCILIDAD, BÚSQUEDA DE AVENTURAS, ETC., MIENTRAS QUE EN EL VARÓN SE OBSERVA UNA CAPACIDAD DEPORTISTA POBRE COMO CONSECUENCIA DE SU FALTA DE DESARROLLO MOTRIZ. ESTO LO LLEVA AL RECHAZO DE SUS PARES Y FINALMENTE A ACTITUDES DEFENSIVAS COMO LA DE AFIRMAR QUE TALES ACTIVIDADES CARECEN DE UN VERDADERO VALOR. POR OTRA PARTE, SU CONDUCTA ES "MALA", PUES ACTÚA EN FORMA NEGATIVA REPETIDAMENTE, SINTIÉNDOSE CULPABLE DE ELLO PERO SIN PODER MODIFICARLO.

EL SUEÑO EN ÉL SUELE SER INQUIETO O PROFUNDO, CON PROBLEMAS PARA DESPERTAR Y PRESENTANDO EN OCASIONES ENURESIS.

D) DIAGNÓSTICO.

AL HABLAR DE UN DIAGNÓSTICO, ES NECESARIO REFERIRSE A SUS DIFERENTES ÁREAS CLÍNICAS: LA HISTORIA CLÍNICA, EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO, NEUROLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO. DE ESTE MODO SE OBTIENE UNA VISIÓN AMPLIA DE LOS PROBLEMAS DEL PACIENTE CON LO CUAL SE DETECTA EL ORIGEN DEL NÚCLEO DE PATOLOGÍA Y POSTERIORMENTE SE DECIDE EL TRATAMIENTO QUE SE DEBE SEGUIR.

1 - LA HISTORIA CLÍNICA.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE REALIZARLA UN PAIDO-PSIQUIATRA DE LA MANERA MÁS COMPLETA POSIBLE, YA QUE DE ELLA DEPENDE GRAN PARTE DEL PANORAMA CLÍNICO QUE SE OBTENGA DEL CASO. LOS PUNTOS A CONSIDERAR SON LOS SIGUIENTES:

- A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN, QUE INCLUYE:
 - NOMBRE DEL PACIENTE.
 - EDAD.
 - SEXO.

STATUS SOCIO-ECONÓMICO.
 CONSTITUCIÓN FAMILIAR (NÚMERO DE HIJOS, EDAD Y SEXO -
 DE ELLOS).

B. MOTIVO DE LA CONSULTA:

CAUSA POR LA CUAL SE REMITE AL PACIENTE A CONSULTA.
 INDICAR SI HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIAMENTE Y EN --
 QUÉ HA CONSISTIDO ÉSTE.

C. PADECIMIENTO ACTUAL:

DESCRIPCIÓN DEL MISMO, FRECUENCIA CON LA QUE PRESENTA
 Y RESPUESTA QUE OBTIENE POR PARTE DE SUS FAMILIARES.
 REPORTES ESCOLARES O DESCRIPCIÓN DE SU CONDUCTA EN --
 GENERAL.

D. ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES:

EDAD DE LOS PADRES EN LA PROCREACIÓN.
 ESTADO DE SALUD FÍSICO Y MENTAL DE AMBOS, (ENFERMEDA-
 DES ORGÁNICAS, NERVIOSAS, ETC. Y NÚCLEOS DE ANORMALI-
 DAD EN LA FAMILIA).
 COSTUMBRES DE VIDA, CONDICIONES SOCIO-CULTURALES Y --
 ECONÓMICAS.
 CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN DEL CONFLICTO DEL NIÑO.
 HISTORIA DE SALUD DE LA MADRE.
 CURSO DE SU EMBARAZO (CONSIDERANDO MEDICAMENTOS, DRO-
 GAS, ALCOHOL U OTROS PRODUCTOS QUE HAYA TOMADO, IN-
 TOXICACIONES, HEMORRÁGIAS, ENFERMEDADES VIRALES, CAR-
 DIOPATÍAS, CARENCIAS VITAMÍNICAS AGUDAS, GOLPES RECI-
 BIDOS, CAÍDAS, ACCIDENTES O TRAUMATISMOS DE ÍNDOLE --
 PSICOLÓGICA).

E. ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE:

PRODUCTO DE QUÉ EMBARAZO (PRIMERO, SEGUNDO, ETC.).
 DATOS REFERENTES A SU GESTACIÓN.
 EMBARAZO A TÉRMINO (PREMATURO, PROLONGADO).
 TRABAJO DE PARTO.
 CONDICIONES DE NACIMIENTO, (ANESTESIA, CESÁREA, FOR--
 CEPS, ETC.).
 PESO AL NACER.
 RESPUESTA ANTE EL ALIMENTO (SUCCIÓN NORMAL, VÓMITOS,
 ETC.).
 REACCIONES NORMALES A ESTÍMULOS EXTERNOS.

F. DESARROLLO POST-NATAL:

ESFERA MOTRIZ (EDAD EN LA QUE REALIZÓ LAS DIFERENTES
 ETAPAS DE SU DESARROLLO: SOSTENER LA CABEZA, SENTARSE,
 GATEAR, CAMINAR, ETC.).
 LENGUAJE (RETARDADO, AUSENTE, NORMAL, ETC.).
 ADAPTACIÓN (TUVO REACCIONES ANORMALES EN ESTA ESFERA,
 NO PUDIENDO ACOPLARSE A UNA FORMA DE RUTINA, PRESEN--
 TANDO ANOMALÍAS EN EL SUEÑO O EN SUS REACCIONES).
 DESARROLLO SOCIAL (MOSTRÓ ALGUNA CARACTERÍSTICA ANOR-
 MAL EN ESTA ÁREA, COMO LA CRUELDAD HACIA ANIMALES, --
 DESTRUCTIVIDAD, AISLAMIENTO U OTRA).

ENFERMEDADES PADECIDAS (DE QUÉ ÍNDOLE, CON O SIN COMPLICACIONES SECUNDARIAS, A QUÉ EDAD).

AL TENER LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, EL CUADRO CLÍNICO TOMA CIERTA FORMA PERO NO LA SUFICIENTE AÚN PARA PODER DICTAR UN DIAGNÓSTICO.

2 - ESTUDIO PSICOLÓGICO.

EL OBJETO DE REALIZAR UNA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE ES EL DE ACLARAR SUS ÁREAS DE CONFLICTO, DETERMINANDO SU ORIGEN Y EL TRATAMIENTO REQUERIDO PARA LOGRAR SU MEJORÍA. FRECUENTEMENTE LOS PROBLEMAS DE CONNOTACIÓN PSICOLÓGICA SON RELEGADOS A UN SEGUNDO PLANO AL CONSIDERARLOS COMO PROBLEMAS MENORES, RAZÓN POR LA CUAL DICHOS CONFLICTOS LLEGAN A ASUMIR PROPORCIONES ENORMES, SIENDO ENTONCES MUY DIFÍCIL SU SOLUCIÓN.

ES NECESARIO DIFERENCIAR EL FUNCIONAMIENTO QUE HA SIDO DAÑADO DEBIDO A DIFICULTADES NEUROLÓGICAS DE AQUEL QUE ES RESULTADO DE UN CÚMULO DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN EL CURSO DE LA VIDA DEL NIÑO. POR LO GENERAL, EL PSICÓLOGO CON EXPERIENCIA RECONOCE LOS SIGNOS DEL S.D.C.M. A TRAVÉS DE CIERTOS RASGOS COMO SON: EL APRENDIZAJE POBRE, LA PERSEVERACIÓN, LA DISTRACTIBILIDAD, LA IMPULSIVIDAD, LA INMADUREZ EMOCIONAL Y POR UNA PERCEPCIÓN VISUAL ESPECÍFICA DE ESTE NIÑO.

EL DESEMPEÑO DE UN ESTUDIO PSICOLÓGICO CON EL NIÑO CON S.D.C.M. ES LARGO, DEBIDO A LA FÁCIL DISTRACCIÓN Y LA FALTA DE INTERÉS QUE EL NIÑO PRESENTA. PARA LOGRAR UN MEJOR RENDIMIENTO, EL EXAMINADOR DEBE DARLE MATERIAL ATRACTIVO Y HACERLE CAMBIOS DE ESTÍMULO CONSTANTES PARA MANTENER SU ATENCIÓN Y ASÍ LOGRAR QUE COOPERE. UNA VEZ QUE EL NIÑO DA MUESTRAS DE CANSANCIO O DESINTERÉS ANTE LA ACTIVIDAD QUE REALIZA, ES NECESARIO SUSPENDER LA VALORACIÓN Y POSPONERLA.

FRECUENTEMENTE SE VEN CASOS EN LOS QUE EL COEFICIENTE INTELECTUAL (C.I.) DEL NIÑO ES BAJO DEBIDO A SU RETRASO EN EL DESARROLLO CAUSADO COMO CONSECUENCIA DE LA FALTA DE ENSEÑANZA Y DE ENTRENAMIENTO DEBIDO. SIN EMBARGO, ESTE NIÑO PUEDE TENER UNA MAYOR CAPACIDAD POTENCIAL. EN ESTOS CASOS, EL RENDIMIENTO INTELECTUAL APARECE BAJO EN ALGUNAS ÁREAS Y ALTO EN OTRAS. POR

ESTA RAZÓN J. WILLIAMS; ENTRE OTROS, HACE NOTAR QUE EL NIÑO CON S.D.C.M. SUELE OBTENER UN C.I. SUBNORMAL, DEBIDO PRINCIPALMENTE AL DESORDEN DE CONDUCTA HIPERKINÉTICA QUE PRESENTA Y ELLO DEBIDO TAMBIÉN A SU Poca CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. (20)

EL ESTUDIO PSICOLÓGICO CONSTA DE UNA BATERÍA DE PRUEBAS (O TESTS) QUE SE DIVIDEN EN:

- A) TEST DE ORGANICIDAD.
- B) TEST PSICOMÉTRICOS O DE INTELIGENCIA.
- C) TEST PROYECTIVOS.
- D) TEST ESPECIALES PARA NIÑOS CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE.

A) LOS TESTS MÁS COMUNES PARA NIÑOS, EN LOS QUE SE INVESTIGA LA EXISTENCIA DE ORGANICIDAD SON: EL SANTUCCI PARA MENORES DE SIETE AÑOS Y EL BENDER QUE SE APLICA A PARTIR DE LOS SIETE AÑOS HASTA EL NIVEL ADULTO. ESTE TEST, ELABORADO POR LOS DRES. PASCAL Y SUTTELL, SE BASA EN LA CONFIGURACIÓN DEL CONJUNTO (GESTALT). ES UN TEST QUE PROPORCIONA DATOS SOBRE LA MADURACIÓN, LA INTELIGENCIA, Y CIERTOS DATOS PATOLÓGICOS QUE REVELAN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO. TAMBIÉN CUENTA CON UNA INTERPRETACIÓN DINÁMICA DE LA PERSONALIDAD REALIZADA POR LETSON. EL TEST SE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN LA DETECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PERCEPTIVA-MOTORA DEL SUJETO. SUS RESULTADOS PUEDEN DETERMINAR LA PERTURBACIÓN DE CIERTAS FUNCIONES COGNOSCITIVAS COMO SON:

- LA FALTA DE RETENCIÓN VISUAL DE IMÁGENES.
- LA INCAPACIDAD MOTORA EN LA EJECUCIÓN.
- LA UBICACIÓN ESPACIAL POBRE.
- LA PERSEVERACIÓN.

B) LOS TESTS PSICOMÉTRICOS O DE INTELIGENCIA TIENEN POR OBJETO LA DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD DE RENDIMIENTO (VERBAL Y DE EJECUCIÓN) DEL SUJETO. LOS MÁS COMUNES SON:

- LA ESCALA DE GESELL.
- LA ESCALA DE TERMAN MERRIL O DE STANFORD BINET.
- EL TEST WISC (ESCALA WESCHLER DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS).

LA ESCALA DE GESELL COMPRENDE LAS CUATRO ÁREAS DEL DESARROLLO INFANTIL QUE SON: MOTRIZ, ADAPTATIVA, DE LENGUAJE Y PERSONAL-SOCIAL. SU OBJETO PRINCIPAL ES DETECTAR LA EXISTENCIA DE

DESVIACIONES FÍSICAS, SOCIALES, DE LA CONDUCTA O DE LA INTELIGENCIA. ESTA ESCALA SE APLICA A NIÑOS, A PARTIR DE UN MES DE EDAD HASTA LOS TRES AÑOS CON ONCE MESES Y SE CALIFICA CONSIDERANDO LA MADURACIÓN DEL NIÑO EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE SU DESARROLLO.

LA ESCALA DE Terman Merrill o de Stanford Binet, tiene el objeto de medir el nivel de desarrollo intelectual del niño. Se puede aplicar a niños desde dos hasta ocho años. Comprende tareas de retención de las ideas, viso-motoras, del área verbal y de ejecución; todas éstas se llevan a cabo con la utilización de materiales que gustan al niño y en forma de juego orientado. Esta escala se aplicó a un grupo de niños con lesión cerebral y a otro con daños en la personalidad, y los resultados sólo variaron en las respuestas correspondientes al campo perceptivo (viso-motor).

EL TEST WISC ES IGUALMENTE UNA ESCALA PSICOMÉTRICA QUE SE PUEDE APLICAR A NIÑOS DE SIETE U OCHO AÑOS HASTA PERSONAS ADULTAS. MIDE EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO EN DIFERENTES ZONAS: INFORMACIÓN GENERAL, COMPRENSIÓN VERBAL, RAZONAMIENTO ARITMÉTICO Y ABSTRACTO, CAPACIDAD DE JUICIO, MEMORIA RETENTIVA Y VOCABULARIO. EN ESTE TEST SE PUEDEN DETECTAR LOS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS, EMOTIVOS Y UNA GRAN VARIEDAD DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD COMO SON: LA SEGURIDAD EN SÍ MISMO, LA NECESIDAD DE OBTENER LOGROS, LA DEPENDENCIA VS. INDEPENDENCIA, LA PERSISTENCIA, LA CAPACIDAD EN RECURSOS; DIVERSOS ESTADOS EMOCIONALES (COMO LA ANGSTIA, LA AFECTIVIDAD, ETC.). SU UTILIDAD RADICA ESPECIALMENTE EN LA OBTENCIÓN DE DATOS REFERENTES A LAS FUNCIONES BÁSICAS DEL PENSAMIENTO. ESTAS SON: LA MEMORIA Y LA FORMACIÓN DE CONCEPTOS QUE JUEGAN UN PAPEL IMPORTANTE EN LA ORGANIZACIÓN Y ACUMULACIÓN DE RECUERDOS Y EXPERIENCIAS. OTRAS FUNCIONES COMO: LA ATENCIÓN, LA CONCENTRACIÓN, LA ANTICIPACIÓN, LA ORGANIZACIÓN DE LOS PROCESOS VISUALES Y DE COORDINACIÓN (REFERENTES A PROCESOS PERCEPTIVOS Y DE MANIPULACIÓN), TAMBIÉN SON IMPORTANTES EN EL FUNCIONAMIENTO DEL INDIVIDUO EN SU VIDA COTIDIANA.

c) LOS TESTS PROYECTIVOS TIENEN POR OBJETO ACLARAR LA

CONDICIÓN EMOCIONAL DEL INDIVIDUO, HACIENDO NOTAR SUS NÚCLEOS - DE CONFLICTO. ENTRE LOS MÁS COMUNES ESTÁN:

- TEST DE LÁMINAS: C.A.T.
- TEST DE LÁMINAS: T.A.T.
- TEST DE MACHOVER.
- TEST DE FIGURA HUMANA.
- TEST DE FRASES INCOMPLETAS.
- TEST DE RORSCHACH.

EL TEST DE LÁMINAS C.A.T. (TEST DE PERCEPCIONES DEL NIÑO), FUE ELABORADO POR L. BELLAK; SE UTILIZA CON NIÑOS DE TRES A NUEVE AÑOS APROXIMADAMENTE Y CONSTA DE LÁMINAS CON GRABADOS DE ANIMALES. AQUÍ, EL NIÑO INTERPRETA LO QUE VE EN LA ESCENA DE LA LÁMINA. DESDE LUEGO SU IDENTIFICACIÓN O PROYECCIÓN CON LAS FIGURAS DE ANIMALES Y LOS PAPELES QUE CADA UNA DE ÉSTAS DESEMPEÑA, DA LA CLAVE DEL SENTIMIENTO DEL NIÑO Y DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES QUE VIVE EN EL HOGAR.

EL TEST DE LÁMINAS T.A.T., ES SEMEJANTE AL ANTERIOR PERO SE UTILIZA CON NIÑOS MAYORES DE NUEVE AÑOS Y CON ADULTOS. SU OBJETIVO ES HACER UNA INTERPRETACIÓN DE LA VIDA EMOTIVA A TRAVÉS DE LAS SITUACIONES QUE EL SUJETO HACE DE LAS ESCENAS QUE SE LE MUESTRAN EN LAS LÁMINAS.

EN LOS TESTS PROYECTIVOS SE PUEDEN OBTENER ALTERACIONES EN LAS RESPUESTAS, POR UNA DIFICULTAD DE PASAR DE UN TEMA A OTRO, COMO SERÍAN: LA FORMA DE RESPUESTA PERSEVERATIVA Y/O LA CONTAMINACIÓN DE PENSAMIENTO.

EL TEST DE MACHOVER CONSTA DE DIBUJOS DE LA FIGURA HUMANA QUE EL SUJETO DEBE HACER JUNTO CON UNA EXPLICACIÓN O HISTORIA DE LOS PERSONAJES DIBUJADOS, SU INTERPRETACIÓN SE LOGRA IGUALMENTE A TRAVÉS DE LA PROYECCIÓN EN SUS DIBUJOS. EXISTE UNA FORMA DE CALIFICAR EL TEST DÁNDOLE PUNTUACIÓN, CON LO QUE SE OBTIENE SU C. I., DEPENDIENDO DE LA ELABORACIÓN, COMPLEJIDAD Y EL GRADO DE REALISMO QUE EN SUS DIBUJOS DENOTE. EN ESTOS TESTS GRÁFICOS SE PUEDE OBSERVAR DISTORSIÓN DE LA ESCENA O DE LA FIGURA DEBIDO A LA INMADUREZ Y A LA FALTA DE INTEGRACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL PROPIA DEL SUJETO CON S.D.C.M.

EL TEST DE FRASES INCOMPLETAS PUEDE SER PARA NIÑOS O ADULTOS. COMO SU NOMBRE LO INDICA, SE LE DA AL SUJETO UNA FRASE --

INCOMPLETA PIDIÉNDOLE QUE LA CONCLUYA. VEMOS NUEVAMENTE EL REFLEJO DE LOS SENTIMIENTOS DEL SUJETO EN LA MANERA COMO PERCIBE LAS IMÁGENES QUE REPRESENTAN LAS DE SU VIDA REAL.

EL RÖRSCHACH, NO SÓLO ES UN TEST PROYECTIVO, SINO QUE TAMBIÉN DA EL C.I. DEL SUJETO E INCLUSIVE SUS NÚCLEOS DE PATOLOGÍA O CONFLICTO. CONSTA DE DIEZ LÁMINAS IMPRESAS CON MANCHAS DE TINTA, LAS CUALES SE LE ENSEÑAN AL SUJETO Y ÉSTE DEBE DESCRIBIR LO QUE VE EN ELLAS. ESTE TEST ES POSIBLEMENTE EL MÁS COMPLETO YA QUE DE ÉL SE PUEDE OBTENER UNA GRAN CANTIDAD DE INFORMACIÓN; SE DESCUBREN CONTROLES EMOCIONALES INADECUADOS, IMPULSIVIDAD EXCESIVA, SENTIMIENTOS DE IMPOTENCIA O FRACASO ANTE LA VIDA. NUNCA DEBE CONSIDERARSE EL C.I. POR SÍ SOLO YA QUE ELLO SE PRESTA A MALAS INTERPRETACIONES, SOBRE TODO EN EL NIÑO CON LESIÓN.

FRECUENTEMENTE EL ESTUDIO PSICOLÓGICO PRESENTA UNA VARIACIÓN EN LOS DÉFICITS ESPECÍFICOS DEL PENSAMIENTO CONCEPTUAL, POR LO QUE EL EXAMINADOR DEBE SER CUIDADOSO EN LA APLICACIÓN DE CADA PRUEBA Y CONSIDERAR LAS POSIBLES FLUCTUACIONES QUE APARECEN DE UNA ÁREA A OTRA; EVITANDO TAMBIÉN CAER EN GENERALIZACIONES QUE PERJUDICAN EL DIAGNÓSTICO.

D) ENTRE LOS TESTS ESPECIALES MÁS COMUNES PARA NIÑOS CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE, TRASTORNOS MOTRICES O DE PERCEPCIÓN, ESTÁN LOS SIGUIENTES:

- TEST DE CUBOS DE KOHS.
- TEST DE LABERINTOS DE PORTEUS.
- TEST DE SELECCIÓN.
- TEST DE ORDENAMIENTO.
- TEST DE FIGURAS GEOMÉTRICAS DE CASSEL.
- TEST DE TABLERO DE CUENTAS DE STRAUSS Y WERNER.

EL TEST DE CUBOS DE KOHS ES ÚTIL EN PACIENTES ORGÁNICOS O CON DAÑO NEUROLÓGICO, A PESAR DE ALGUNAS OPINIONES QUE AFIRMAN QUE EL SUJETO SÓLO PUEDE LOGRAR RESULTADOS POSITIVOS EN SÍ MISMO CUANDO TIENE CAPACIDAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO, ADEMÁS DE REQUERIR TAMBIÉN DE CAPACIDAD PARA REALIZAR LOS PROCESOS DE ANÁLISIS Y SÍNTESIS. A PESAR DE LAS OPINIONES ADVERSAS, CON FRECUENCIA ESTE TEST PROPORCIONA DATOS ACERTADOS SOBRE EL ESTADO ORGÁNICO DEL NIÑO.

EL TEST DE LABERINTOS DE PORTEUS TIENE COMO META EL ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE PLANEACIÓN, INHIBICIÓN O MODIFICACIÓN DE CONDUCTA DEL SUJETO. TAMBIÉN EXISTEN OPINIONES QUE DUDAN DE SU VALIDEZ.

EN EL TEST DE SELECCIÓN ES NECESARIO USAR DIFERENTES CONCEPTOS TAL COMO PARA PODER LOGRAR LOS AGRUPAMIENTOS DE DIFERENTES OBJETOS QUE SE PIDEN.

EL TEST DE ORDENAMIENTO REFLEJA LA CAPACIDAD DEL SUJETO PARA PERCIBIR LAS RELACIONES ESPACIALES. SE HA VISTO QUE LOS NIÑOS CON LESIÓN PRESENTAN UNA "FIJACIÓN PATOLÓGICA" (QUE LIMITA SU PASO DE UN ESTÍMULO A OTRO) ADEMÁS DE UNA DISOCIACIÓN O FALTA DE REACCIÓN A LA TOTALIDAD DE ELEMENTOS QUE EL TEST PRESENTA.

EL TEST DE FIGURAS GEOMÉTRICAS DE CASSEL ES ÚTIL PARA DETECTAR LA CAPACIDAD DEL NIÑO EN COPIAR FIGURAS GEOMÉTRICAS (EN VEZ DE VISUALIZARLAS DURANTE DOS MINUTOS Y LUEGO REPRODUCIRLAS DE MEMORIA COMO SE HACE EN OTRAS PRUEBAS). DE ESTE MODO EL TEST AUMENTA SU EFECTIVIDAD PUESTO QUE EL NIÑO ORGÁNICO CARECE DE LA FACILIDAD DE RECORDAR TALES FORMAS VISUALES DE MEMORIA. LA APLICACIÓN DE ESTE TEST HA DEMOSTRADO QUE LAS FALLAS SE PUEDEN DEBER MÁS A FACTORES DE MEMORIA QUE A FACTORES DE PERCEPCIÓN.

EL TEST DE CUENTAS DE STRAUSS Y WERNER TIENE POR OBJETO QUE EL SUJETO REPRODUZCA LOS ESTÍMULOS VISUALES QUE SE LE PRESENTAN. ES NECESARIO QUE EL EXAMINADOR REGISTRE CUIDADOSAMENTE LA UBICACIÓN Y LA SECUENCIA DE MOVIMIENTOS EN CADA DISEÑO QUE HACE EL PACIENTE. EXISTEN TRES TIPOS DE RESPUESTA: LA FORMA GLOBAL Y MENOS DIFERENCIADA, LA FORMA INCOHERENTE O SEA DESORGANIZADA Y ARBITRARIA Y LA FORMA CONSTRUCTIVA. LA RESPUESTA TÍPICA DEL NIÑO QUE PADECE DE ORGANICIDAD ES LA DE TIPO INCOHERENTE. WERNER Y STRAUSS TAMBIÉN ELABORARON UN TEST "AUDITIVO-MOTOR" EN EL CUAL LOS SUJETOS CON LESIÓN NO SUELEN RESPONDER ACERTADAMENTE A LAS INSTRUCCIONES DE TONO; ⁽²¹⁾ SIN EMBARGO, ESTE TEST, COMO MUCHOS OTROS, AÚN NO HA SIDO ESTANDARIZADO.

ADEMÁS DE LA APLICACIÓN DE UNA BATERÍA DE TESTS PSICOLÓGICOS AL PACIENTE, SE RECOMIENDA TENER UNA ENTREVISTA CON ÉSTE Y LOS PADRES. TRATÁNDOSE DE PACIENTES ADOLESCENTES LA ENTREVISTA PUEDE LLEVARSE A CABO SIN LA PRESENCIA DE LOS PADRES, CITANDO A

ÉSTOS POR SEPARADO.

3 - ESTUDIO PEDAGÓGICO.

EL ESTUDIO PEDAGÓGICO TIENE COMO META LA IDENTIFICACIÓN -- DEL PROBLEMA, DE SU ORIGEN, DE LAS ÁREAS COGNOSCITIVAS AFECTA-- DAS, LA EXTENSIÓN DE LA ALTERACIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN EL DESA-- RROLLO DE LAS CAPACIDADES DE APRENDIZAJE DEL NIÑO.

AL TENER CONOCIMIENTO DE ESTAS DISFUNCIONES, AMBOS, EL - NIÑO Y LOS ADULTOS A SU CARGO (PADRES Y MAESTROS) PUEDEN COMPREN-- DER LA CAUSA DE LA CONDUCTA DEL NIÑO Y BRINDARLE UN TRATO MÁS - ADECUADO A SUS LIMITACIONES. ESTO TAMBIÉN SIRVE PARA MEJORAR - LAS RELACIONES DEL NIÑO CON SUS COMPAÑEROS (PARES) EN LA ESCUE-- LA Y CON SUS HERMANOS EN EL HOGAR.

UN ESTUDIO RECIENTE DEL DR. BIRCH AFIRMA QUE MÁS DE UN - VEINTE POR CIENTO DE LA POBLACIÓN INFANTIL QUE SIN HABER SIDO - DIAGNOSTICADA PRESENTA PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y DE CONDUCTA - LO QUE DEMUESTRA HASTA QUÉ PUNTO LOS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS PA-- SAN DESAPERIBIDOS PARA PADRES Y MAESTROS. (22)

ES FRECUENTE QUE EL NIÑO CON IMPEDIMENTO PARA EL APRENDI-- ZAJE TENGA UNA CAPACIDAD INTELECTUAL NORMAL, PROMEDIO O INCLUSI-- VE MÁS ALTA DE LA NORMAL Y SIN EMBARGO, PRESENTE ESTOS PROBLE-- MAS DE APRENDIZAJE O DE CONDUCTA QUE PUEDEN SER LEVES O SEVEROS Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON FUNCIONES ANORMALES DEL S.N.C. POR ELLO ESTE NIÑO PRESENTA FENÓMENOS SENSORIALES NORMALES Y DÉFICIT EN SUS PROCESOS DE PERCEPCION, DE INTEGRACIÓN O EXPRESIÓN, QUE - SON LA CAUSA DEL PROBLEMA DE APRENDIZAJE.

EL DR. KIRK (1967) CONCLUYÓ SU INVESTIGACIÓN SOBRE ESTE SÍNDROME DICHIENDO QUE EL IMPEDIMENTO PARA APRENDER DENOTA TRAS-- TORNOS POR LO MENOS EN UNO DE LOS PROCESOS SIGUIENTES: LENGUAJE, PERCEPCIÓN, LECTURA, DELETREO, ESCRITURA O ARitmÉTICA. EN CUAN-- TO AL LENGUAJE ES PRECISO HACER UNA INVESTIGACIÓN QUE INCLUYA - LOS DATOS REFERENTES DE LA ARTICULACIÓN, DE LA CALIDAD DE LA - VOZ Y DE VARIOS ASPECTOS EXPRESIVOS Y RECEPTIVOS DEL LENGUAJE. UNO DE LOS TRASTORNOS DEL SÍNDROME MÁS FRECUENTES ES LA DISLEXIA CONGÉNITA ESPECÍFICA. EN ESTE TRASTORNO SE OBSERVA LA DIFICULTAD

QUE TIENE EL NIÑO PARA LEER A PESAR DE POSEER UN C.I. NORMAL Y ESTAR EN CONDICIONES SOCIO-CULTURALES FAVORABLES. TAL DIFICULTAD DEPENDE DE IMPEDIMENTOS COGNOSCITIVOS QUE POR LO GENERAL -- TIENEN SU ORIGEN EN SU FORMACIÓN. A MENUDO SE VE QUE EL NIÑO -- QUE PADECE DE DISLEXIA ESPECÍFICA TAMBIÉN PRESENTA DIFICULTADES DE ORIENTACIÓN Y/O LATERALIDAD; PUEDE OBSERVARSE LA DOMINANCIA MIXTA, CRUZADA O INCOMPLETAMENTE ESTABLECIDA; ESTO SUELE VERSE MÁS EN VARONES QUE EN NIÑAS. EN OCASIONES LA INCAPACIDAD DE -- DELETREO SE DEBE A UN DEFECTO DE ANÁLISIS TEMPORAL O ESPACIAL -- DE LAS SUCESIONES. EN CUANTO A LOS PROBLEMAS EN LA COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE VERBAL, A VECES ÉSTOS COEXISTEN SIMULTÁNEAMENTE -- CON UN TRASTORNO EN LA ORGANIZACIÓN INTEGRADORA AUDIO-VISUAL. -- LA DISLEXIA ESPECÍFICA ES HETEROGÉNEA Y SE ENCUENTRA EN UN VEINTE POR CIENTO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR PRIMARIA. (23) EN ALGUNOS CASOS EL PADECIMIENTO ES HEREDITARIO Y DE FORMACIÓN, Y EN OTROS DEPENDE DE UNA LESIÓN EN EL S.N.C.

EL ESTUDIO PEDAGÓGICO MÁS COMPLETO QUE SE UTILIZA EN LA DETECCIÓN DE CASOS CON DIFICULTAD DE APRENDIZAJE DE CONDUCTA O DE INCOORDINACIÓN MOTRIZ, ES LA PRUEBA DE M. FROSTIG; PRUEBA -- QUE DETECTA 5 ÁREAS PRINCIPALES:

1. COORDINACIÓN VISO-MOTORA.
2. FONDO Y FIGURA.
3. CONSTANCIA DE FORMA U OBJETO.
4. RELACIONES ESPACIALES.
5. POSICIÓN DEL CUERPO EN EL ESPACIO.

AL LOCALIZAR EL ÁREA DE LA LIMITACIÓN PRINCIPAL DE LAS -- FUNCIONES DEL NIÑO SE LE DARÁN LOS EJERCICIOS DE ENTRENAMIENTO REQUERIDOS PARA EJERCITAR DICHA LIMITACIÓN. A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN AQUELLOS EJERCICIOS DIRIGIDOS AL ENTRENAMIENTO DE LAS FUNCIONES SUB-DESARROLLADAS.

1. LOS EJERCICIOS DE LA COORDINACIÓN VISO-MOTORA -- AYUDAN A DESARROLLAR LA ESCRITURA Y EL DIBUJO, A LA VEZ QUE REFUERZAN LA COORDINACIÓN DEL MISMO CONTROL VISO-MOTOR.

2. LOS EJERCICIOS DE PERCEPCIÓN DE FONDO Y FIGURA -- AYUDAN A DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE LECTURA EN LA SECUENCIA DE BIDA.

3. LOS EJERCICIOS DE LA CONSTANCIA DE FORMA AYUDAN

EN EL RECONOCIMIENTO DE PALABRAS Y NÚMEROS.

4. LOS EJERCICIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES ESPACIALES E INTER-PERSONALES AYUDAN AL NIÑO A RECONOCER LA POSICIÓN DE LOS OBJETOS Y LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ÉL MISMO Y DE LOS OBJETOS ENTRE SÍ. (24)

5. LOS EJERCICIOS DE PERCEPCIÓN DE LA POSICIÓN EN EL ESPACIO AYUDAN A DESARROLLAR LA COMPRENSIÓN Y LA ASOCIACIÓN DE UNA PALABRA CON SU SIGNIFICADO CORRESPONDIENTE, SOBRE TODO EN AQUELLAS QUE IMPLICAN POSICIÓN ESPACIAL.

4 - ESTUDIO DEL LENGUAJE.

UNA PARTE ESENCIAL DEL DIAGNÓSTICO ES EL CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE, PUES ES FRECUENTE QUE EL NIÑO CON S.D. C.M. PRESENTE ANOMALÍAS EN ESTA ÁREA. SE CONSIDERA AL LENGUAJE COMO UN SISTEMA AUDITIVO DE SÍMBOLOS QUE AL ARTICULARSE SE TRANSFORMA EN UN SISTEMA MOTOR; EL ASPECTO AUDITIVO AQUÍ ES PRIMARIO Y EL MOTOR SECUNDARIO. EL LENGUAJE EN SÍ SE REFIERE A SIGNIFICADOS Y SÍMBOLOS A LA VEZ QUE ABARCA UNA AMPLIA GAMA DE FUNCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO COMO SON: LAS FUNCIONES SENSITIVAS, MOTRICES, COMUNICATIVAS, ETC. ASÍ COMO EL HABLA SE CONSIDERA UNA FUNCIÓN MOTORA DEL LENGUAJE, SE PUEDE CONSIDERAR A LA ESCRITURA COMO UNA FUNCIÓN MOTORA DE LA LECTURA.

EL DESARROLLO DEL LENGUAJE EN EL INFANTE SE INICIA CON UNA SECUENCIA DE SONIDOS QUE ES LA SIGUIENTE: LLANTO, GRUÑIDO, GORJEO, HIPO, RONQUIDO Y ARRULLO. CASI TODOS ESTOS SONIDOS SON REFLEJOS ASOCIADOS CON LA RESPIRACIÓN, LA DEGLUCIÓN Y NO SE ASOCIAN CON SITUACIONES ESPECÍFICAS. LOS SONIDOS QUE FORMAN LA BASE DEL FUTURO LENGUAJE SON PRODUCIDOS POR EL INFANTE ALREDEDOR DEL QUINTO MES. A LOS SONIDOS QUE EMITE SE LES LLAMA BALBUCEO Y SE CONSIDERAN COMO UN JUEGO VOCAL, YA QUE AL PRODUCIRLOS PERCIBE PLACER Y EJERCITA SUS MÚSCULOS ESPECÍFICOS.

LA CAPACIDAD DE SELECCIONAR CIERTOS SONIDOS E IMITAR LOS QUE SE ESCUCHAN, SURGE CUANDO LAS FACULTADES DEL BEBÉ SE HAN AMPLIADO. LA REPETICIÓN DE ESQUEMAS SONOROS NO SE LOGRA SINÓ HASTA EL SEGUNDO AÑO DE VIDA; A ESTA FASE SE LE LLAMA "ECOLALIA" Y REPRESENTA UN MECANISMO DE "REALIMENTACIÓN", YA QUE EL NIÑO PRO-

DUCE UNA PALABRA QUE DE INMEDIATO LLEGA A SU PERCEPCIÓN AUDITIVA, LO CUAL LO INCITA A REPETIRLA. ES ASÍ COMO LAS RESPUESTAS EN ECO FORMAN LA BASE MOTORA DE SU LENGUAJE.

LAS PRIMERAS PALABRAS DEL DEAMBULADOR TIENEN UNA ESTRUCTURA FONÉTICA SIMPLE Y SE ASOCIAN CON PERSONAS, OBJETOS O ACONTECIMIENTOS CUYO TONO AFECTIVO ES AGRADABLE E IMPORTANTE PARA ÉL; ESTE HECHO PUEDE INTERPRETARSE COMO UN DESEO DE PERMANECER EN AQUELLA SITUACIÓN DE CONTENIDO EMOCIONAL GRATO. POR OTRA PARTE, EL DESARROLLO PERCEPTIVO DEL NIÑO ES UN FACTOR DE AYUDA EN LA UTILIZACIÓN DE SONIDOS Y PALABRAS. LA PRIMERA FORMA DE LENGUAJE INFANTIL ES EL MONÓLOGO; EL DR. PIAGET EXPLICA EL INTERÉS DEL NIÑO EN ESTA FASE NO COMO COMUNICACIÓN SINO PARA PODER MANTENER UNA LIGAZÓN ENTRE UNA PERCEPCIÓN Y OTRA. ASÍ ÉL UTILIZA EL LENGUAJE MIENTRAS ACTÚA CON EL OBJETO DE SEGUIR LA SECUENCIA ORDENADA DE SUS PERCEPCIONES; POR ELLO SE CALIFICA COMO "EGOCÉNTRICO" A ESTA FORMA DE LENGUAJE.

LA SIGUIENTE FASE EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE ES AQUELLA DE LA ADJUDICACIÓN DE NOMBRES, QUE APARECE CUANDO EL NIÑO ES CAPAZ DE PERCIBIR SEMEJANZAS ENTRE SITUACIONES Y OBJETOS. DESPUÉS APARECE LA ETAPA EN LA CUAL PERCIBE DIFERENCIAS PERO TODAVÍA EN SU LENGUAJE PASA DE LA PALABRA AL OBJETO SIN CONSIDERAR EL SIGNIFICADO. ES DECIR, UTILIZA EL LENGUAJE COMO MEDIO DE ESTABILIZACIÓN DE SUS PERCEPCIONES. A ESTE LENGUAJE SE LE LLAMA "PERCEPTIVO", YA QUE EL NIÑO ESTRUCTURA SUS PERCEPCIONES A TRAVÉS DEL LENGUAJE Y CARECE DEL DESARROLLO SUFICIENTE PARA CONCEPTUALIZAR Y LOGRAR LA ABSTRACCIÓN.

EL PASO DEL DESARROLLO DE PERCEPCIÓN AL DE CONDUCTA OCURRE PAULATINAMENTE ALREDEDOR DE LOS SIETE AÑOS Y ES EL MOMENTO EN QUE EL NIÑO CONVIERTE LA PALABRA EN SÍMBOLO, COMO MUESTRA DE QUE HA ABANDONADO SUS NEXOS CON LAS REPRESENTACIONES DE PERCEPCIÓN. HASTA ESTE MOMENTO LA RELACIÓN INTER-PERSONAL DEL NIÑO Y SU EXPRESIÓN VERBAL ESTABAN LIMITADAS A SUS DESEOS Y/O NECESIDADES. A MAYOR DESARROLLO DE LA PERCEPCIÓN, EL NIÑO PUEDE DIFERENCIARLA Y ESTRUCTURARLA, EXTRAYENDO LA PARTE DEL OBJETO GLOBAL. CON ELLO SUS PALABRAS SE CONVIERTEN EN SÍMBOLOS DE UNA NUEVA PERCEPCIÓN DIFERENCIADA. AQUÍ YA ENTRA EN JUEGO UN NUEVO ELEMENTO: EL SIGNIFICADO.

EL PENSAMIENTO COMO TAL SE ALCANZA CUANDO EL NIÑO ASOCIA SIMULTÁNEAMENTE LA PALABRA CON UNA SERIE DE ACTIVIDADES SENSORIO-MOTORAS Y CON LAS PERCEPCIONES SUCESIVAS. EL LENGUAJE REPRESENTA PARA EL DR. SAPIR UN SISTEMA DE SÍMBOLOS FONÉTICOS CUYO FIN ES LOGRAR LA EXPRESIÓN DE PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS. (25)

CON FRECUENCIA LA LESIÓN CEREBRAL PRODUCE DEFECTOS EN LOS ESQUEMAS SENSORIO-MOTOR Y DE PERCEPCIÓN, POR LO QUE EN ESTOS CASOS EL LENGUAJE ES INADECUADO; VEMOS QUE EL NIÑO CON LESIÓN CEREBRAL ENCUENTRA DIFÍCIL ORGANIZAR LOS ELEMENTOS EN CONJUNTO O FORMAR COMBINACIONES DE LOS MISMOS. SE PUEDE DECIR QUE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE OBEDECEN A CAUSAS PSICOLÓGICAS Y ORGÁNICAS. LA "AMERICAN SPEECH CORRECTION ASSOCIATION", HACE UNA CLASIFICACIÓN DE ESTOS PROBLEMAS. (26)

- A. DISARTRIAS: DEFECTOS DE LA ARTICULACIÓN.
- B. DISLALIAS: DEFECTOS DE LA EXPRESIÓN VERBAL.
- C. DISLOGIAS: DIFICULTADES DE EXPRESIÓN VERBAL DE LAS IDEAS.
- D. DISFASIAS: DEBILITAMIENTOS O PÉRDIDAS EN LA FORMACIÓN DE ASOCIACIONES VERBALES, POR LA DISMINUCIÓN DE LA INTEGRACIÓN MENTAL.
- E. DISFEMIAS: DESÓRDENES DEBIDOS A CUALQUIER CLASE DE PSICO-NEUROSIS (COMO LA TARTAMUDEZ).
- F. DISFONIAS: DEFECTOS DE LA VOZ, DEBIDOS A PERTURBACIONES ORGÁNICAS O FUNCIONALES DE LAS CUERDAS VOCALES O DE UNA RESPIRACIÓN DEFECTUOSA.
- G. DISRITMIAS: DEFECTOS EN EL RITMO QUE NO SE INCLUYEN EN LA TARTAMUDEZ.

5 - ESTUDIO NEUROLÓGICO.

EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO NEUROLÓGICO EN NIÑOS, SUCEDE CON CIERTA FRECUENCIA QUE NO APARECE LA ANORMALIDAD. SIN EMBARGO, EL NIÑO CON S.D.C.M. SUELE SER TORPE EN LAS ACTIVIDADES MOTORAS FINAS E INCLUSO EN LAS GRUESAS; POR EJEMPLO EN EL MANEJO DEL LÁPIZ, LA TIJERA Y EN EL BOTAR Y CACHAR LA PELOTA. LA LATERALIDAD PUEDE DESARROLLARSE TARDÍAMENTE O EXISTIR GRAN CONFUSIÓN EN CUANTO A LA MISMA. TAMBIÉN PUEDE PRESENTAR PROBLEMAS DE PERCEPCIÓN MOTRIZ; ESTE NIÑO SUELE TENER UNA HISTORIA DE DESARROLLO MOTOR LENTO ASÍ COMO EN EL APRENDIZAJE PARA COMER SOLO Y DESEMPEÑAR DIVERSAS TAREAS DE ÍNDOLE MANUAL, A DIFERENCIA DEL NIÑO CON RETARDO MENTAL QUE ES LENTO EN TODO SU DESARROLLO.

EL EXAMEN NEUROLÓGICO CONSISTE EN HACER QUE EL NIÑO REALICE EJERCICIOS TANTO DE COORDINACIÓN MOTRIZ GRUESA, GLOBAL, COMO DE COORDINACIÓN MOTRIZ FINA, DE FIJACIÓN DE LA ATENCIÓN Y DE CORRELACIÓN ACÚSTICA-VISUAL Y MOTORA.

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA ES INDISPENSABLE PARA DETECTAR LOS CONFLICTOS EMOCIONALES QUE PRESENTA EL PACIENTE.

LOS PROBLEMAS DE RELACIÓN INTER-PERSONAL MÁS COMUNES QUE ENCUENTRA EL NIÑO CON S.D.C.M. SON: EL RECHAZO POR PARTE DEL MUNDO QUE LO RODEA, EL AISLAMIENTO EN EL QUE SE ENCUENTRA COMO MEDIDA DEFENSIVA ANTE TAL RECHAZO, Y LA ANGUSTIA QUE MANIFIESTA AL SENTIR QUE NO TIENE CONTROL SOBRE SUS IMPULSOS (EN SU MAYORÍA, DE ÍNDOLE AGRESIVO), CON UNA CONSECUENTE FALTA DE COMPRENSIÓN HACIA TAL ESTADO DE COSAS.

PARA TENER UN DIAGNÓSTICO COMPLETO ES NECESARIO HACER UNA VALORACIÓN DE LAS FUNCIONES YA DESCRITAS, ADEMÁS DE CONFRONTAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL E.E.G. (ELECTROENCEFALOGRAMA) DEL PACIENTE. EN ALGUNOS CASOS ESPECIALES, SE REQUIERE TAMBIÉN DE ESTUDIOS DE NEUMO E.E.G., DE ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL, ESTUDIO AUDIOLÓGICO Y OFTALMOLÓGICO.

6 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ES IMPRESCINDIBLE EN EL CASO DEL S.D.C.M. YA QUE EL TRATAMIENTO DEPENDE DEL ESTADO EN EL QUE SE ENCUENTREN LAS FUNCIONES MENTALES. ESTE TRATAMIENTO SE DIVIDE EN DOS PARTES: A) LA ATENCIÓN A LAS ÁREAS LESIONADAS, LO QUE GENERALMENTE SIGNIFICA LA ADMINISTRACIÓN DE PSICO-FÁRMACOS AL PACIENTE, Y B) LA REHABILITACIÓN DE LAS ZONAS LIBRES DE DAÑO O DE AQUELLAS QUE ESTÉN MENOS DAÑADAS; ES DECIR, EL ENTRENAMIENTO DE CIERTAS FUNCIONES MENTALES A TRAVÉS DE LAS ÁREAS QUE PUEDAN DESARROLLARSE.

EL TÉRMINO DEL S.D.C.M. SIRVE PARA IDENTIFICAR AL NIÑO QUE POSEE UNA CAPACIDAD INTELECTUAL CASI NORMAL PERO QUE TIENE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y DE CONDUCTA. ESTOS PUEDEN ATRIBUIRSE A FUNCIONES CEREBRALES DESVIADAS O A ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN VISUAL, CONCEPTUAL, DE COMPRENSIÓN, DE LENGUAJE, EXPRESIÓN, MEMORIA, CONTROL DE LA ATENCIÓN, IMPULSIVIDAD O DE ALGUNAS FUN--

CIONES MOTORAS. A VECES DESVIACIONES SIMILARES PUEDEN COMPLICAR LOS DESÓRDENES MÁS OBVIOS DEL S.N.C. COMO SON: EL RETARDO MENTAL, LOS DESÓRDENES DE CONDUCTA, CEGUERA, SORDERA, ETC.

PARA HACER UN DIAGNÓSTICO SE REQUIERE DE TÉCNICAS CLÍNICAS Y PSICOLÓGICAS, PUES LAS CARACTERÍSTICAS DE CONDUCTA NO REPRESENTAN SUFICIENTES DATOS PARA BASAR EN ELLOS EL DIAGNÓSTICO. ES NECESARIO INVESTIGAR LOS FACTORES FÍSICOS, INTELECTUALES, EMOCIONALES, SITUACIONALES Y CONSTITUCIONALES, CON LOS QUE REACCIONA EL PACIENTE Y MEDIR EL GRADO DE SU NORMALIDAD O PATOLOGÍA. -- TAMBIÉN DEBE INVESTIGARSE SI EXISTEN ANTECEDENTES QUE INDIQUEN ALTERACIÓN CEREBRAL DE ORIGEN TRAUMÁTICO (ANTES, DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO) SI HAY SIGNOS NEUROLÓGICOS LEVES Y SI LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS SON AGUDOS.

- CUANDO LA DISFUNCIÓN ES NEURO-MOTORA, SE DIAGNOSTICA COMO "PARÁLISIS CEREBRAL".

- CUANDO AFECTA AL NIVEL INTELECTUAL, SE DIAGNOSTICA COMO "DEFICIENCIA MENTAL".

- CUANDO INVOLUCRA A LA CONCIENCIA, SE DIAGNOSTICA COMO "EPILEPSIA SINTOMÁTICA" O "DESORDEN CONVULSIVO".

- CUANDO AFECTA LAS SENSACIONES Y/O LAS PERCEPCIONES, SE DIAGNOSTICA COMO "DESORDEN SENSORIAL Y PERCEPTIVO".

- CUANDO LA SINTOMATOLOGÍA TIENE REPERCUSIONES EN LA CONDUCTA, SE DIAGNOSTICA COMO "SÍNDROME HIPERKINÉTICO DE CONDUCTA".
(27)

SE HA HABLADO DEL ESTADO DE CONTRA DAÑO CEREBRAL MÍNIMO (C.D.C.M.), COMO UNA ENTIDAD QUE ES EL FENÓMENO INVERSO AL S.D.C.M., Y SE HA LLEGADO A SUPONER QUE SI ASÍ FUERA TAL FENÓMENO -- SERÍA A LA VEZ INVERSO BIOQUÍMICAMENTE AL S.D.C.M. (28)

SE PUEDE HACER UNA CLASIFICACIÓN DEL NIÑO ANORMAL, LA CUAL SE DIVIDE EN TRES GRUPOS: EL NIÑO CON DEFECTOS DE ÍNDOLE MENTAL, CON DESEQUILIBRIOS DE ÍNDOLE EMOCIONAL Y CON AMBAS DESVIACIONES.

EL NIÑO CON DEFECTOS MENTALES NO PRESENTA ANOMALÍAS DEFINIDAS DE CARÁCTER MIENTRAS QUE EL NIÑO CON DESEQUILIBRIOS EMOCIONALES SUELE SER INDISCIPLINADO Y CON UNA MARCADA PERTURBACIÓN DE CARÁCTER Y EL QUE SUFRE DE AMBAS DESVIACIONES, PRESENTA

TODOS LOS SÍNTOMAS ANTERIORES Y REQUIERE DE MAYOR ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN.

PARA LLEVAR A CABO UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COMPLETO, DEBEN REALIZARSE LOS SIGUIENTES PASOS: (29)

1) UNA HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO QUE CUENTE CON LA INFORMACIÓN NECESARIA, RECOPIADA POR EL MÉDICO, EL PSICÓLOGO Y EL TRABAJADOR SOCIAL Y QUE INCLUYA DATOS SOBRE EL DESARROLLO GENERAL DEL NIÑO.

2) UN EXAMEN FÍSICO Y NEUROLÓGICO COMPLETO.

3) UNA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LECTURA Y ESCRITURA DEL NIÑO.

4) UNA BATERÍA DE TESTS PSICOLÓGICOS SEGUIDA DE UNA REEVALUACIÓN DESPUÉS DE UN TIEMPO DETERMINADO, SI EXISTE DUDA O DETE--RIORO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO.

5) UNA SERIE DE RAYOS X DE TODO EL ESQUELETO.

6) UN E.E.G.

7) UNA CONSULTA PSIQUIÁTRICA.

8) UN AUDIOGRAMA.

9) UN ESTUDIO OFTALMOLÓGICO.

ALGUNOS CASOS REQUIEREN DE PRUEBAS PARA ERRORES DE METABOLISMO.

(LOS ESTUDIOS DE PNEUMO-ENCEFALOGRAFÍA Y LA ARTERIOGRAFÍA DEBEN RESERVARSE PARA CASOS ESPECIALES.)

EN OCASIONES EL DIAGNÓSTICO SE PUEDE CONFUNDIR CON UN CUADRO DE DISLEXIA. EL ENUNCIADO QUE A CONTINUACIÓN SE EXPONE PERMITE VER LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE NIÑOS CON DISLEXIA CONGÉNITA ESPECÍFICA Y NIÑOS CON DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA. (30)

	<u>DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.</u>	<u>DISLEXIA CONGÉNITA ESPECÍFICA.</u>
RAZONAMIENTO ABSTRACTO Y DEDUCTIVO.	MALO.	BUENO.

CAPACIDAD ARITMÉTICA.	MALA.	BUENA, EXCEPTO EN LA LECTURA DE <u>PROBLEMAS</u> IMPRESOS Y CON DIFICULTADES ANTE SÍMBOLOS MATEMÁTICOS.
IMPEDIMENTO PERCEPTIBLE.	MÚLTIPLES.	EN CUANTO A PALABRAS.
ATENCIÓN GENERAL.	LIMITADA.	BUENA.
HIPERACTIVIDAD.	LIMITADA.	NO ES FRECUENTE.
COORDINACIÓN VISOMOTORA.	FRECUENTE.	BUENA CON FRECUENCIA.
ESCALA DE WECHSLER. (SEMEJANZAS)	INFERIOR A LA NORMAL.	ALTA.
DIBUJOS DE KOHS.	INFERIOR AL <u>PRO</u> MEDIO.	CON FRECUENCIA -- SUPERIOR.
C.I. DE LA ESCALA AMPLIA.	INFERIOR A SUS HERMANOS.	SEMEJANTE A SUS HERMANOS.
PUNTUACIÓN VERBAL VS: PUNTUACIÓN DE EJECUCIÓN.	VERBAL MÁS ALTA QUE DE EJECUCIÓN.	EJECUCIÓN MÁS ALTA QUE LA VERBAL.
ANTECEDENTES FAMILIARES.	POR LO REGULAR NEGATIVOS.	POR LO REGULAR <u>PO</u> SITIVOS.

CAPITULO I

N O T A S :

- 1) BAX M., Y MACKETH, R., : MINIMAL CEREBRAL DYSFUCTION, pp. 97, 98.
- 2) CLEMENTS, S.D., : MINIMAL BRAIN DYSFUCTION IN CHILDREN, pp. 8, 9.
- 3) STRAUSS, A.A., LEHTINEN, L.E., KEPHART, N.C. Y GOLDBERG, S. - "PSICO-PATOLOGÍA Y EDUCACIÓN DEL NIÑO CON LESIÓN CEREBRAL", -- pp. 4, 6.
- 4) PAINE, R., : "LOS SÍNDROMES DE DAÑO CEREBRAL", pp. 779, 780.
- 5) CLEMENTS, S.D., OP.CIT., p. 5.
- 6) BAX, M. Y MACKETH, R., OP.CIT., p. 2.
- 7) GONZAGA S., M., : "DAÑO CEREBRAL MÍNIMO", p. 5.
- 8) STRAUSS, A.A., ET. AL., OP. CIT., p. 106.
- 9) VELAZCO FERNÁNDEZ, R., : "EL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL EN EL NIÑO", p. 9.
- 10) STRAUSS, A.A., ET.AL., OP.CIT., pp. 116 - 121.
- 11) NARES, R. D., : "SALUD MENTAL, ORIENTACIÓN FAMILIAR", p. 81.
- 12) WENDER, P.H., : MINIMAL BRAIN DYSFUCTION IN CHILDREN, pp. 84, 85.
- 13) CRUICKSHANK, W.M., : "EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL EN LA ESCUELA, EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD", p. 69.
- 14) HERNÁNDEZ VERA, C., : "ESTUDIOS NEUROLÓGICOS DEL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL MÍNIMO DIFUSO", p. 19.
- 15) STRAUSS, A.A., ET. AL., OP. CIT., p. 248.
- 16) BIRCH, H.G., : BRAIN DAMAGE IN CHILDREN - THE BIOLOGICAL AND - SOCIAL ASPECTS", p. 111.
- 17) WENDER, P.H., OP. CIT., pp. 82, 83.
- 18) CLEMENTS, S.D., OP. CIT., p. 13.
- 19) STRAUSS, A.A., ET. AL., OP. CIT., pp. 29-36.
- 20) BAX, M. Y MACKETH, R., OP. CIT., pp. 85-88.
- 21) STRAUSS, A.A., ET. AL., OP. CIT., pp. 249-267.
- 22) BIRCH, H.G., OP. CIT., p. 110.
- 23) PAINE, R., OP. CIT., pp. 784-788.
- 24) FROSTIG, M., : "EL ENTRENAMIENTO DEL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL", - SEMINARIO IMPARTIDO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, 1971.
- 25) STRAUSS, A.A., ET. AL., OP. CIT., pp. 221-235, 239.
- 26) NARES R., D., OP. CIT. pp. 106, 107.
- 27) VELAZCO FERNÁNDEZ, R., OP. CIT., p. 8.
- 28) WENDER, P.H. OP. CIT., p. 161
- 29) BAX, M. & MACKETH, R., OP. CIT., pp. 90, 91.
- 30) CANALES, B. MA. E., : "SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA", p. 39.

CAPITULO II

MANEJO Y TRATAMIENTO DEL NIÑO CON SINDROME DE DIS-FUNCION CEREBRAL MINIMA.

INTRODUCCIÓN A LAS TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO.

- A) TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO.
- B) TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS DE TRATAMIENTO.
 - 1. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO (TERAPÉUTICO) INDIVIDUAL - AL NIÑO CON S.D.C.M.
 - 2. TRATAMIENTO TERAPÉUTICO A LA FAMILIA DEL NIÑO CON S.D.C.M.
 - a) INTRODUCCIÓN.
 - b) INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA EN LA FAMILIA.
 - c) CONDICIONES EMOCIONALES DE LOS PADRES.
 - d) CONDICIONES EMOCIONALES DEL NIÑO CON S.D.C.M.
 - e) PAUTAS EDUCATIVAS A LA FAMILIA DEL NIÑO.
- C) TÉCNICAS DE TRATAMIENTO PSICO-PEDAGÓGICO.
 - 1. EL PAPEL DEL MAESTRO CON EL NIÑO CON S.D.C.M.
 - 2. CONDICIONES EMOCIONALES DEL NIÑO CON S.D.C.M.
 - 3. AMBIENTE ESCOLAR.
 - 4. PLAN DE ENSEÑANZA.
 - 5. CONTROL DE ESTÍMULOS.
 - 6. UN AULA ESCOLAR MODELO.
 - 7. DESARROLLO MOTRIZ Y LATERALIDAD.
 - 8. MATERIALES Y ACTIVIDADES VISO-MOTORAS.
 - 9. DESARROLLO DE CONCEPTOS ABSTRACTOS.
 - 10. ENSEÑANZA DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA.
 - 11. MÉTODO DE CONDICIONAMIENTO.

INTRODUCCIÓN A LAS TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO.

EN ESTE CAPÍTULO SE HABLARÁ DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL TRATAMIENTO EN LOS CASOS DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA. SU OBJETO ES DESDE LUEGO, EVITAR MAYORES REPERCUSIONES EN EL DESARROLLO Y APRENDIZAJE DEL NIÑO, ADEMÁS, DE QUE SU CONDUCTA TENDRÁ INFLUENCIA DIRECTA SOBRE EL MEDIO FAMILIAR Y SOCIAL QUE LO RODEA LO QUE, COMO CONSECUENCIA, PROVOCARÁ LA CREACIÓN DE UN CÍRCULO DE CONDUCTAS PATOLÓGICAS. ESTE CÍRCULO SE FORMA A PARTIR DE LA CONDUCTA ERRÁTICA DEL NIÑO, SEGUIDA POR UNA RESPUESTA INADECUADA DE LOS FAMILIARES LA QUE A SU VEZ PROVOCA EN EL NIÑO OTRA ACTITUD "DEFENSIVA" Y POR LO TANTO ANORMAL. TAL ACTITUD ES DESENCADENADA POR LOS ESTÍMULOS QUE EL NIÑO RECIBE DEL AMBIENTE EN EL QUE VIVE Y QUE LO ORILLAN A REACCIONAR INCOHERENTEMENTE. ASÍ SE CONSTITUYE UN CÍRCULO INTERMINABLE, UN "PATRÓN CAÓTICO" EL QUE PROVOCA, ACTÚA Y DONDE CAEN SIN SABERLO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA. ESTE "PATRÓN CAÓTICO" DESTRUYE TODA POSIBILIDAD, POR MENOR QUE SEA, DE CONSERVAR LA ARMONÍA EN LA VIDA DIARIA DE LA FAMILIA. ESTO SE DEBE AL HECHO DE CARECER DE LA COMPRENSIÓN NECESARIA HACIA EL FENÓMENO ORGÁNICO QUE CAUSA TAL COMPORTAMIENTO EN EL NIÑO (CUYAS EMOCIONES LE SON INCONTROLABLES) Y POR FALTA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA CONDUCTA APROPIADA QUE LOS FAMILIARES PUEDEN Y DEBEN ASUMIR PARA REMEDIAR PARCIALMENTE EL PROBLEMA. LA FORMA DE REMEDIAR O PONER UN LÍMITE ADECUADO A LA SITUACIÓN ES ESTABLECIENDO UNA PAUTA DE ACTITUDES QUE FACILITEN LAS RELACIONES CON EL NIÑO. DICHA PAUTA ES ÚTIL TANTO PARA EL NIÑO COMO PARA SUS FAMILIARES Y DEMÁS INTEGRANTES DE SU PEQUEÑO MUNDO SOCIAL CON EL FIN DE OBTENER MEJORES RESULTADOS EN LAS INTER-RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES.

EL OBJETO DE UNA TEMPRANA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LA FAMILIA Y EN EL NIÑO, ES EVITAR QUE EL PROBLEMA ORGÁNICO, QUE PUEDE CONTROLARSE DE INMEDIATO EN BASE A LOS PSICO-FÁRMACOS INDICADOS, INVOLUCRE SEVERAMENTE LOS ASPECTOS EMOCIONALES DE LA VIDA DEL NIÑO ASUMIENDO PROPORCIONES MAYORES. CONSECUENTEMENTE, SE PUEDE AFIRMAR QUE LA INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DEBE PROCURARSE EN CUANTO SE DETECTA EL CONFLICTO. EL ESPE

RAR QUE DE UN PROBLEMA DE S.D.C.M. SE DERIVEN MAYORES CONFLICTOS EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO PARA CONSIDERARLO - DE IMPORTANCIA, ES SIN DUDA ALGUNA LA FORMA DE COMPLICAR UNA EVI DENTE SITUACIÓN DIFÍCIL QUE YA EXISTE.

A) TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO.

EL ASPECTO QUE REQUIERE DE LA PRIMERA ATENCIÓN CLÍNICA EN EL S.D.C.M. ES EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO YA QUE SIN ELLO NO SE - PUEDE SITUAR AL PACIENTE EN CONDICIONES QUE LE PERMITAN SU ENTRE NAMIENTO SOCIAL Y APRENDIZAJE.

PARA QUE EL MÉDICO DECIDA SI HA DE ADMINISTRAR FÁRMACOS - AL PACIENTE O NO, DEBERÁ PENSAR EN LAS POSIBILIDADES QUE EXISTEN DE MEJORAR LA SITUACIÓN INDIVIDUAL DE ÉSTE Y LA DE TODA SU FAMI LIA, PUESTO QUE LA CONDUCTA DEL PACIENTE REPERCUTE EN EL AMBIEN TE FAMILIAR. EN TÉRMINOS GENERALES SE PUEDE AFIRMAR QUE TALES - POSIBILIDADES DE MEJORÍA ALCANZAN EL 80%, JUZGANDO POR LOS ANTE CEDENTES CLÍNICOS QUE SE TIENEN. FRECUENTEMENTE SE CAE EN EL -- ERROR DE NEGAR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS A ESTE NIÑO AL CON siderar que con o sin la acción farmacológica el niño tendrá una LIGERA MEJORÍA EN LAS FUNCIONES INTELECTUALES Y EN EL CARÁCTER - AL LLEGAR A LA PUBERTAD. TAL HIPÓTESIS ES CIERTA PERO TAMBIÉN - ES UN HECHO COMPROBADO QUE EL NIÑO QUE LLEGA A LA PUBERTAD SIN - HABER RECIBIDO FÁRMACOS HA SUFRIDO YA DE UN FUERTE DAÑO PSICOLÓ GICO. (1) ESTO SE COMPRENDE AL CONSIDERAR QUE DURANTE VARIOS AÑOS EL NIÑO HA RECIBIDO UN TRATO HOSTIL POR PARTE DEL MEDIO, LO QUE A SU VEZ PROVOCA EN ÉL SENTIMIENTOS DE DEVALUACIÓN Y PÉRDIDA DE SU AUTO-ESTIMA, CULPA Y SENTIMIENTOS DE FRACASO QUE NO SON FACTO RES DE AYUDA EN EL DESARROLLO DE SU PERSONALIDAD, ADEMÁS DE LAS FRUSTRACIONES ESCOLARES Y TRASTORNOS DE CONDUCTA CON REPERCUSIO NES EN SUS RELACIONES INTER-PERSONALES.

CUANDO EL MÉDICO ADMINISTRA FÁRMACOS ES CONVENIENTE DARLE AL PACIENTE UNA EXPLICACIÓN CLARA Y SENCILLA DEL PORQUÉ DE ELLO. CON ESTO SE PRETENDE QUE EL TRATAMIENTO SEA ACEPTADO POR EL NIÑO

Y NO REPRESENTA UNA MEDIDA DE IMPOSICIÓN NI CASTIGO. PUESTO -- QUE EL NIÑO TIENE CONOCIMIENTO DE SU PERTURBACIÓN Y DE CÓMO ÉSTA LE DIFICULTA LLEVAR UNA VIDA SEMEJANTE A LA DE SUS PARES, LO MÁS PROBABLE ES QUE CONOCIENDO LOS OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN, ACEPTA DE BUENA VOLUNTAD LO QUE EL MÉDICO LE SUGIERE. TALES -- OBJETIVOS LOS COMPRENDE EL NIÑO AL ESTAR CONSCIENTE DE QUE DESDE PEQUEÑO HA TENIDO UNA HIPERACTIVIDAD, DIFICULTAD PARA COMPRENDER Y SEGUIR INSTRUCCIONES Y DE MANTENER BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES CON NIÑOS Y ADULTOS, POR LO CUAL ES FÁCIL EXPLICARLE LA CONVENIENCIA DEL TRATAMIENTO. TAMBIÉN ES UNA REACCIÓN FRECUENTE QUE EL NIÑO O ADOLESCENTE QUE LLEGA POR PRIMERA VEZ A CONSULTA PSIQUIÁTRICA NIEGUE COMPLETAMENTE SU PROBLEMA. ESTA NEGACIÓN SUELE SER UN SÍNTOMA CONCOMITANTE DEL SÍNDROME. CON ADOLESCENTES MAYORES E INTELIGENTES, SE PUEDEN MENCIONAR LAS DIFERENCIAS QUÍMICAS DEL CEREBRO QUE AFECTAN AL COMPORTAMIENTO. EL OBJETO DE ESTA EXPLICACIÓN ES EL DE RELEVAR AL PACIENTE DE LA CULPA -- QUE SIENTE AL NO POSEER LAS MISMAS CUALIDADES QUE SUS PARES. -- SIMULTÁNEAMENTE SE LE HACE VER QUE EL TRATAMIENTO PUEDE AYUDARLO A TENER RELACIONES INTERPERSONALES MEJORES Y QUE TAL RESULTADO DEPENDE DE SU PROPIO ESFUERZO. EXPLICÁNDOLE QUE EL CAMBIO LLEVARÁ TIEMPO Y ALGUNAS DESILUSIONES PERO QUE CON LA EDAD SU CONDUCTA Y APRENDIZAJE MEJORARÁN, EL NIÑO SUELE PONER LO NECESARIO DE SU PARTE. LA EXPLICACIÓN DEL USO DE FÁRMACOS TIENE COMO OBJETO PRINCIPAL EL HACER QUE EL NIÑO SE SIENTA SU PROPIO ALIADO Y DUEÑO DE LA SITUACIÓN, PUESTO QUE LA MAYOR PARTE DEL ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DEPENDE DE ÉL. LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS SE -- DAN CUENTA DEL BENEFICIO DEL MEDICAMENTO Y COMO EJEMPLO PODRÍAMOS AFIRMAR QUE EN CASO DE SER NECESARIO ELLOS MISMOS RECORDARÁN EL HORARIO DEL TRATAMIENTO.

EN CUANTO A LA ACCIÓN DEL FÁRMACO UTILIZADO QUE INCLUYE EL EFECTO DEL MISMO, SE AGREGA EL AUMENTO DEL SENTIMIENTO DE -- AUTO-ESTIMA DEL NIÑO Y EL EFECTO DE LA TOMA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE SUS PADRES. EL EFECTO QUE LA PSICODROGA PUEDE -- CREAR EN EL NIÑO ES UN EFECTO DE PLACEBO QUE PERMITE LA APARICIÓN Y DESARROLLO DE PATRONES DE CONDUCTA, DE ADAPTACIÓN AL MEDIO. EL NIÑO CON S.D.C.M. ES DESCRITO COMO EXTROVERTIDO Y SOCIALMENTE AGRESIVO. TAL EXTROVERSIÓN PARECE TENER BASES BIOLÓ-

GICAS POR LO CUAL ES FÁCIL OBSERVAR LA REPEREUSIÓN DEL EFECTO -- PLACEBO EN SU COMPORTAMIENTO.

LOS MEDICAMENTOS QUE SE HAN EMPLEADO EN EL TRATAMIENTO DE ESTE SÍNDROME SON LOS SIGUIENTES: (2)

- 1) TRANQUILIZANTES MAYORES.
- 2) TRANQUILIZANTES MENORES.
- 3) AMINAS SIMPÁTICO-MIMÉTICAS.
- 4) ANTIHISTAMÍNICOS.
- 5) ANTI-DEPRESIVOS.
- 6) METABOLITOS DIVERSOS

EL TIEMPO QUE EL PACIENTE DEBA TOMAR EL FÁRMACO DEPENDE - DEL BENEFICIO QUE OBTENGA; ES DECIR, MIENTRAS QUE SU EFECTO SEA DE UTILIDAD SE ACONSEJARÁ TOMARLO. LOS INTERVALOS DE DESCANSO - EN LA ADMINISTRACIÓN DEL FÁRMACO SIRVEN PARA PREVENIR UNA POSIBLE INTOXICACIÓN ADEMÁS DE EVITAR LA CREACIÓN DE UNA TOLERANCIA Y -- COMPROBAR SI EL PACIENTE AÚN NECESITA DE ÉL. NO HAY QUE OLVIDAR QUE LOS FÁRMACOS TIENEN SUS LIMITACIONES; PUEDEN HACER QUE EL -- NIÑO RESPONDA MEJOR ANTE LA DISCIPLINA Y SE VUELVA MÁS CARIÑOSO, PERO NO PUEDEN SUPLIR LA EXPERIENCIA DE HABERSE SENTIDO QUERIDO, ADMIRADO Y QUE SE HAYA CONFIADO EN ÉL Y SE LE HAYA ACEPTADO EN - SU PASADO. POR ESTA RAZÓN Y EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE RE- - QUIERE DE UNA TERAPIA PARA MANEJAR LOS PROBLEMAS DE ÍNDOLE PSICO LÓGICO DEL PACIENTE.

B) TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS DE TRATAMIENTO.

1. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO (TERAPÉUTICO) INDIVIDUAL AL NIÑO CON S.D.C.M.

EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN FORMA DE MANEJO INDIVIDUAL ES UNA RELACIÓN EN LA QUE INTERVIENEN ÚNICAMENTE EL TERAPEUTA Y EL NIÑO. SE HA OPTADO POR LA PSICOTERAPIA DE JUEGO, YA QUE ES - LA TÉCNICA QUE MÁS FÁCILMENTE PERMITE QUE EL NIÑO LOGRE HACER - UNA CATARSIS⁺ DE SUS EMOCIONES, YA SEA EN FORMA VERBAL O EXPRE-

⁺ SE REFIERE AL ALIVIO DE EMOCIONES DESAGRADABLES A TRAVÉS DE SU REPRESENTACIÓN EN UNA SITUACIÓN DE DRAMA POR EJEMPLO.

SIVA. LA CATARSIS ES INDISPENSABLE EN EL TRATAMIENTO YA QUE LA META PRINCIPAL DE ÉSTE ES LOGRAR LA COMUNICACIÓN ENTRE PSICOTERAPEUTA Y PACIENTE. SÓLO A TRAVÉS DE DICHA COMUNICACIÓN, YA SEA VERBAL O SIMBÓLICA, EL TERAPEUTA PUEDE COMPRENDER LA CAUSA DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE, DETECTAR EL ORIGEN DEL PROBLEMA EN EL PASADO, Y DE ESTA MANERA AYUDARLO A ENFRENTAR SUS CONFLICTOS PARA LOGRAR UNA POSTERIOR SOLUCIÓN.

EL AMBIENTE QUE DEBE EXISTIR EN LA PSICOTERAPIA DE JUEGO DEBE SER RELATIVAMENTE LIBRE. ESTA TOLERANCIA CONTROLADA PROPICIA QUE EL NIÑO PUEDA EXPRESAR CON SUFICIENTE LIBERTAD SUS SENTIMIENTOS; AL MISMO TIEMPO EL PSICOTERAPEUTA APROVECHA LOS INDICIOS QUE SE PRESENTEN PARA DELIMITAR LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA EL PACIENTE Y SUS PROPORCIONES. (3)

EL MATERIAL QUE MÁS SE RECOMIENDA USAR ES EL MANUABLE PUES FACILITA LA EXPRESIÓN SIMBÓLICA Y EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS TIENE EFECTOS DE REHABILITACIÓN DE LAS ÁREAS MOTRICES EN LAS QUE EXISTEN LIMITACIONES. IGUALMENTE SE LLEVAN A CABO JUEGOS SOCIALES, YA QUE EN ÉSTOS EL NIÑO PUEDE DESARROLLAR ASPECTOS DE CONVIVENCIA SOCIAL, OBEDIENCIA DE LAS REGLAS DEL JUEGO, TOLERANCIA A LA ESPERA DE SU TURNO Y A LA SITUACIÓN DE PERDEDOR; ASÍ APRENDE CIERTA DISCIPLINA QUE EL MISMO JUEGO IMPONE. EL NIÑO IMITARÁ DEL TERAPEUTA TODOS ESTOS ASPECTOS DE ENTRENAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO SU ACTITUD JUSTA, EN OCASIONES FLEXIBLE Y EN OTRAS DETERMINANTE.

EN ALGUNOS CASOS SE RECOMIENDA LA PARTICIPACIÓN DEL NIÑO EN UN GRUPO DE TERAPIA, CON LO CUAL SE LOGRA DESARROLLAR UNA DINÁMICA QUE EL NIÑO PUEDE COMPRENDER, VIÉNDOSE REFLEJADO EN SUS PADRES. ESTO SUELE HACERSE CON NIÑOS MAYORES DE 8 Ó 9 AÑOS, PUES ANTERIORMENTE EL NIÑO DIFÍCILMENTE PUEDE COMPARTIR LA FIGURA Y AFECTO DE SU PSICOTERAPEUTA CON OTROS NIÑOS.

GENERALMENTE EL NIÑO ASUME UNA CONDUCTA DETERMINADA COMO MEDIDA DEFENSIVA ANTE AQUELLAS SITUACIONES QUE VIVIÓ EN SU PASADO Y QUE NO PUDO RESOLVER A LAS QUE PERMANECE "FIJO" SIN PODER DAR EL PASO SIGUIENTE EN SU DESARROLLO. ANTE LA SITUACIÓN QUE LE PRODUJO CONFLICTO SE VIO EN LA ÚNICA ALTERNATIVA DE RESPONDER EN FORMA DE NEGACIÓN O DE HUÍDA (DE LA SITUACIÓN) PRETENDIENDO IGNORARLA. SABEMOS BIEN QUE ESTA ACTITUD DE NEGACIÓN NO PUEDE OFRECER NINGUNA SOLUCIÓN AL CONFLICTO; POR LO CONTRARIO, AL NEGAR LA EXIS

TENCIA DEL PROBLEMA (PARA SÍ MISMO), EL INDIVIDUO LO COLOCA FUERA DE SU ALCANCE CONSCIENTE, SIENDO IMPOSIBLE DARLE UNA SOLUCIÓN. ESTOS SON LOS CONFLICTOS QUE POSTERIORMENTE LIMITAN EL DESARROLLO NORMAL DE LA PERSONALIDAD Y A LOS QUE EL PSICOTERAPEUTA DEBERÁ ENFRENTAR A SU PACIENTE.

NO HAY QUE OLVIDAR QUE A ESTE NIÑO LE ES CASI IMPOSIBLE SENTIR UNA SATISFACCIÓN POSITIVA QUE ALIENTE SU "YO", POR LO QUE SUELE RECURRIR A AQUELLOS MECANISMOS DE ACCIÓN MÁS PRIMITIVOS -- QUE CORRESPONDIERON A CIERTAS ETAPAS DE SU INFANCIA Y EN LAS QUE SÍ LOGRÓ OBTENER SATISFACCIÓN; AUNQUE AHORA ESTE TIPO DE ACTITUD RESULTA INADECUADA PARA SU EDAD CRONOLÓGICA. TALES ACTITUDES INFANTILES PUEDEN SER LAS MENTIRAS ABSURDAS, ACTITUDES ARBITRARIAS E IMPULSIVAS QUE DESDE LUEGO CAEN EN LA DESAPROBACIÓN DEL ADULTO.

(4)

FRECUENTEMENTE UNA EXPLICACIÓN VERBAL AL NIÑO POR PARTE DEL PSICOTERAPEUTA ACERCA DEL PROBLEMA QUE SE LE PRESENTA, NO ES SUFICIENTE PARA QUE AQUÉL PUEDA COMPRENDERLO Y MUCHO MENOS ACEPTARLO. SIN EMBARGO, A MEDIDA QUE LA RELACIÓN PSICOTERAPEUTA-PACIENTE SE VA HACIENDO MÁS ESTRECHA, EL NIÑO PERMITIRÁ GRADUALMENTE QUE EL PSICOTERAPEUTA "ENTRE" Y CONOZCA SU VIDA AFECTIVA (EMOCIONAL). AL PERMITIRLE AL PSICOTERAPEUTA TAL PROXIMIDAD, ÉSTE ESTARÁ EN CONDICIONES PARA INICIAR LA RELACIÓN VERDADERAMENTE -- PSICOTERAPÉUTICA. ES DECIR, QUE AL CONTAR CON LA APROBACIÓN DEL NIÑO ANTE SU PRESENCIA E INTERVENCIÓN EN SUS EMOCIONES, PODRÁ -- DAR COMIENZO A LA ETAPA DE INTERPRETACIÓN DE LAS ACTITUDES EQUÍVOCAS DEL NIÑO Y DE TODO AQUELLO QUE PUEDA CAPTAR DE SU VIDA Y VIVENCIAS.

PARA LOGRAR EL ACERCAMIENTO AFECTIVO, LA ACTITUD DEL PSICOTERAPEUTA DEBE SER DE ABSOLUTO RESPETO ANTE LOS SENTIMIENTOS O EXPRESIONES DEL PACIENTE. DE ESTO DEPENDE QUE EL PACIENTE DEPOSITE SU CONFIANZA EN ÉL, LO QUE POSIBILITARÁ LA INICIACIÓN DE SU INTERVENCIÓN DIRECTA. ES ASÍ COMO EL NIÑO LO LLEGA A VER COMO LA IMAGEN ADULTA EN LA CUAL PUEDE CONFiar SIN TEMOR DE SER FRAUDADO Y DE QUIEN SE INTERESA EN ÉL, COMO "OBJETO DE AYUDA", YA QUE COMPARTE SUS SENTIMIENTOS MÁS PROFUNDOS.

UNA VEZ QUE LA CONFIANZA SE HA LOGRADO, EL NIÑO PERCIBE EL APOYO QUE SE LE OFRECE, Y ESTARÁ DISPUESTO A ACEPTARLO. ES --

EL MOMENTO EN EL QUE EL PSICOTERAPEUTA PUEDE PROFUNDIZAR EN LA VIDA EMOCIONAL DEL NIÑO Y SER ESCUCHADO POR ÉSTE. LO QUE NO QUIERE DECIR QUE A PESAR DE "CONFIAR" EN EL TERAPEUTA, CON FRECUENCIA EL NIÑO SE ARREPIENTA DE HABER ABIERTO EL PASO A SU VIDA INTERNA E INTENTE NEGAR O DEBATIR EL PUNTO DE VISTA DEL PSICOTERAPEUTA. AQUÍ ÉSTE DEBE TENER TOLERANCIA ANTE LAS POSIBLES MANIFESTACIONES DE ENOJO DEL NIÑO QUIEN AL SENTIRSE DESCUBIERTO SE CREERÁ DESPROTEGIDO ANTE EL MUNDO Y DESEARÁ "ESCAPAR" DEL TRATAMIENTO. NUEVAMENTE, UNA MUESTRA EVIDENTE DE AFECTO POR PARTE DEL PSICOTERAPEUTA SUELE TRANQUILIZAR LA EMOCIÓN DESCONCERTADA DEL PACIENTE Y DARLE FUERZA PARA CONTINUAR. ES FUNDAMENTAL PARA EL TRATAMIENTO QUE EL PSICOTERAPEUTA MANTENGA UNA ACTITUD DE CONSISTENCIA EN SUS RESPUESTAS Y ACTITUDES, PUES DE LO CONTRARIO NO SE OBTENDRÁ LA META PERSEGUIDA CONSISTENTE EN LA MODIFICACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y EL RESULTADO DE UNA REESTRUCTURACIÓN DE CIERTAS ÁREAS DE ÉSTA.

PARA ELLO ES NECESARIO TENER PRESENTE CUAL ES LA CONDUCTA QUE SE DEBE A CAUSAS ORGÁNICAS Y QUÉ ACTITUDES ANORMALES SE HAN DERIVADO DEL AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL.

ES BÁSICO TENER PRESENTE LA NECESIDAD DEL REFORZAMIENTO CONSTANTE DE CIERTAS ACTITUDES DEL NIÑO CON EL OBJETO DE DARLE SEGURIDAD; PAULATINAMENTE SE LE HARÁ COMPRENDER EL PORQUÉ Y PARA QUÉ DE DETERMINADAS PAUTAS DE COMPORTAMIENTO. ES FUNDAMENTAL TAMBIÉN TRANSMITIRLE CIERTAS CREENCIAS Y ACTITUDES ACERCA DE SÍ MISMO Y DEL MUNDO QUE LO RODEA, LAS CUALES HAN SIDO DISTORSIONADAS EN SU MENTE A TRAVÉS DE LAS EXPERIENCIAS NEGATIVAS CON EL MUNDO EXTERIOR.

EN OCASIONES EL ADULTO PUEDE PENSAR QUE EL NIÑO NO TIENE PROBLEMAS SERIOS, LO QUE DEMUESTRA QUE ESTE ADULTO HA OLVIDADO POR COMPLETO SUS VIVENCIAS INFANTILES. LOS PROBLEMAS INFANTILES REPRESENTAN "PUNTOS DE DOLOR" QUE EL MISMO NIÑO NO PUEDE TOCAR. YA QUE SE REFIEREN A MOMENTOS DE TEMOR O CONFUSIÓN DE SU VIDA PASADA O PRESENTE EN LOS QUE NO HA TENIDO LA COMPRESIÓN DE UNA FIGURA PROTECTORA, Y SU SENTIMIENTO ES POR LO TANTO DE ABANDONO ANTE UN MUNDO AGRESIVO HACIA ÉL, EN EL CUAL SE SIENTE ABRUMADO POR FANTASÍAS DESTRUCTIVAS.

PODEMOS AFIRMAR QUE EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES DEPENDE EN GRAN PARTE DEL SENTIDO COMÚN POR PARTE DEL PSICOTERAPEUTA. SU OBJETIVO ES ENFRENTAR LOS PROBLEMAS ORIGINALES QUE SE DEBEN A LA CAUSA ORGÁNICA REAL Y AQUELLOS QUE RESULTAN DE LA ACTITUD DEL CHICO COMO RESPUESTA AL MEDIO. ES ESENCIAL QUE EL PSICOTERAPEUTA DÉ UN ENFOQUE CLARO Y SENCILLO A LOS CONFLICTOS DEL PACIENTE PARA QUE ÉSTE PUEDA ACEPTARLOS Y ESTÉ DISPUESTO A COLABORAR EN SU TRATAMIENTO, LO QUE REQUIERE A SU VEZ, QUE EL PSICOTERAPEUTA HAYA LOGRADO UNA RELACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN POSITIVA CON ÉL. EN ÉSTAS DEBE EXISTIR UNA TRANSFERENCIA DE AFECTOS NECESARIA PARA QUE EL PACIENTE PERCIBA ACEPTACIÓN POR PARTE DEL PSICOTERAPEUTA, LO QUE CONTRIBUIRÁ A HACERLE SENTIR SEGURIDAD EN SÍ MISMO. ANTES DE QUE EL PACIENTE HAYA LOGRADO ESA SEGURIDAD LE SERÁ MUY DIFÍCIL HACER UNA REGRESIÓN A ETAPAS ANTERIORES DE SU VIDA. TALES REGRESIONES SON INDISPENSABLES EN OCASIONES PARA QUE EL PACIENTE REVIVA AQUELLAS SITUACIONES DE CONFLICTO EN LAS QUE TUVO SENTIMIENTOS DE SOLEDAD, INCOMPENSIÓN, RECHAZO, ETC., Y ANTE LAS CUALES LE FUE IMPOSIBLE REACCIONAR CON FUERZA, DEJANDO ESAS SITUACIONES SIN SOLUCIÓN.

EL PACIENTE NECESITA EXPRESAR SUS NECESIDADES ANTE UNA FIGURA ADULTA QUE SEPA CONCRETAMENTE DE QUÉ LÍMITE REQUIERE Y QUÉ ACTITUDES DENOTAN LA NECESIDAD DE OBTENER UNA RESPUESTA DE APOYO Y AFFECTO. SIN ESTA GUÍA, EL PACIENTE SE ENCONTRARÍA TOTALMENTE DESORIENTADO Y COMO RESULTADO SU REACCIÓN SERÍA AQUELLA DE "PROBAR" QUÉ ACTITUDES SON ACEPTADAS O CENSURADAS POR EL TERAPEUTA, CAYENDO EN UN CAOS SIN EL CONTROL DEBIDO.

PARA EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO LOS SIGUIENTES ASPECTOS QUE EL PSICOTERAPEUTA DEBE OBSERVAR SON TAMBIÉN DE IMPORTANCIA.

1. EL RESPETO HACIA EL PACIENTE EN TODAS LAS SITUACIONES QUE SE SUSCITEN.
2. LA CONFIANZA QUE LOGRE TENER POR PARTE DE SU PACIENTE.
3. EL APOYO QUE LE BRINDE AL PACIENTE CUANDO LO NECESITA.
4. LA CONSTANCIA DE LA ACTITUD AFECTIVA POR PARTE DE ÉL HACIA EL PACIENTE.

EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO Y EL TRATO DEL NIÑO O ADOLESCENTE CON S.D.C.M. DEPENDEN EN GRAN PARTE DE LA RESPUESTA QUE EL PACIENTE TENGA A LOS PSICO-FÁRMACOS ESTIMULATIVOS QUE POR LO GENERAL RECIBE ANTES DE INICIAR LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

2. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO A LA FAMILIA DEL NIÑO -- CON S.D.C.M.

A) INTRODUCCIÓN.

EN ESTE TRATAMIENTO, AL IGUAL QUE EN EL DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, LA META PRINCIPAL ES DISMINUIR EL NÚCLEO DE CONFLICTO Y PROPICIAR UNA MAYOR COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA; DE ESTA MANERA PODRÁN OBTENERSE RELACIONES INTER-PERSONALES MÁS ARMONIOSAS.

EL OBJETO DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR ES LOGRAR LA COOPERACIÓN DE LOS PADRES DEL PACIENTE CON EL TERAPEUTA PARA LO CUAL ES NECESARIO QUE AQUELLOS ESTÉN DISPUESTOS A PERMITIR AL TERAPEUTA LA ENTRADA EN SU VIDA PERSONAL Y FAMILIAR. CUANDO LOS PADRES RESPONDEN ADECUABAMENTE, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DEL PSICOTERAPEUTA, ES POSIBLE OBTENER UNA MODIFICACIÓN POSITIVA EN LA DINÁMICA FAMILIAR LO QUE A SU VEZ FACILITA A TODOS SUS MIEMBROS TENER UN TRATO MÁS INDICADO CON EL NIÑO QUE PADECE DEL S.D.C.M. ESTA MEJORÍA EN EL AMBIENTE FAMILIAR PROPICIA ACTITUDES MENOS ERRÁTICAS EN EL NIÑO Y POR LO TANTO MÁS ACEPTADAS SOCIALMENTE. ES ASÍ COMO SE LOGRA RELAJAR EL AMBIENTE DE UN EXCESO DE TENSIONES QUE PERJUDICAN Y PONEN EN PELIGRO LA INTEGRIDAD DE LA FAMILIA.

B) INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA EN LA FAMILIA.

POR LO GENERAL RESULTA DE BENEFICIO PARA LOS PADRES DEL NIÑO QUE EL PSICOTERAPEUTA LES DÉ UNA EXPLICACIÓN DEL PROBLEMA REAL. ESTA EXPLICACIÓN LOS AYUDA A DISMINUIR SU TENSIÓN Y A PODER VER EL LADO POSITIVO DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN; O SEA LA REALIDAD EN CUANTO A LOS PROGRESOS Y MODIFICACIONES QUE SE PUEDEN OBTENER EN LA CONDUCTA DEL NIÑO. EL ACERCAMIENTO DEL PSICOTERAPEUTA CON LOS PADRES DEL NIÑO TIENE COMO OBJETO RELEVARLOS DE LA ENORME CULPA QUE SIENTEN Y DEL SENTIMIENTO

DE FRACASO ANTE ELLOS MISMOS AL HABER PROCREADO UN HIJO CON TA-
LES DIFICULTADES MOTRICES, PSÍQUICAS Y EMOCIONALES. HASTA CIER-
TO PUNTO, ESTA INTERVENCIÓN POR PARTE DEL TERAPEUTA TIENE COMO
MIRA MANIPULAR LA CULPA DE LOS PADRES EN EL SENTIDO DE CONTRO--
LARLA Y RELEVARLOS DE ELLA. ÉL DEBE INTENSIFICAR LAS DEFENSAS
Y DISMINUIR EL SENTIMIENTO DE HABER ACTUADO "MAL" QUE PREVALECE
EN ELLOS. ESTO EVITA QUE LA SITUACIÓN SE COMPLIQUE Y CREE UN -
ALEJAMIENTO EN LA RELACIÓN ENTRE LOS PADRES Y HACIA EL NIÑO, LO
QUE DISMINUIRÍA LA POSIBILIDAD DE AYUDA PARA EL PACIENTE.

EL HECHO DE AFIRMAR QUE LA RESPONSABILIDAD DEL S.D.C.M.
DEL NIÑO RADICA EN SU SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (S.N.C.), TIENE
DOS PROPÓSITOS: EL HUMANO Y EL DE LA TÁCTICA. EL HUMANO SE RE-
FIERE AL ASPECTO DE LA CULPA DE LA CUAL LOS PADRES NECESITAN --
SER ABSUELTOS ANTE SÍ MISMOS Y ANTE LA SOCIEDAD. EL DE LA TÁC-
TICA SE REFIERE AL HECHO COMÚN DE QUE LA SOCIEDAD ABSUELVE AL -
ENFERMO DE CIERTAS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES; POR LO QUE
EL DEFINIR AL NIÑO COMO "ENFERMO" EN VEZ DE COMO "MALO", SUELE
DISMINUIR LA HOSTILIDAD DE SUS FAMILIARES HACIA ÉL Y PERMITE --
TRATARLO DE UN MODO MÁS TERAPÉUTICO. (5)

EL TERAPEUTA DEBE TENER SUFICIENTE CAPACIDAD DE CONVIC--
CIÓN PARA LOGRAR QUE LOS PADRES DEL PACIENTE ACEPTEN Y COOPEREN
EN EL TRATAMIENTO INDICADO. CUANDO ÉSTOS SE Oponen A TAL TRATA-
MIENTO, ES MUESTRA CLARA DE UN IMPEDIMENTO EN EL FUTURO TRATA--
MIENTO DEL NIÑO.

c) CONDICIONES EMOCIONALES DE LOS PADRES.

COMO RESULTADO DE LAS CRECIENTES TENSIONES DEL MEDIO FA-
MILIAR DEBIDAS A LA INCAPACIDAD DE LOS PADRES DE COMPRENDER, --
TOLERAR Y ORIENTAR AL NIÑO, NO PUEDEN RESPONDER A LAS NECESIDA-
DES DEL CHICO, Y CON EL TIEMPO, LA MISMA INCAPACIDAD DEL NIÑO -
DE RELACIONARSE CON OTROS LO VA AISLANDO SOCIALMENTE, LO QUE --
CREA EN LOS PADRES UN MAYOR SENTIMIENTO DE DESCONCIERTO. MIEN-
TRAS EL "YO" DEL NIÑO VA QUEDANDO MÁS DAÑADO, SUS PADRES TRATAN
DE PROTEGER SU PROPIO "YO" ANTE LOS OJOS DEL MUNDO EXTERNO.

ES AQUÍ DONDE SE HACE EVIDENTE LA NECESIDAD EN LOS PA- -
DRES DE RECIBIR LA AYUDA TERAPÉUTICA, PUES DE OTRA MANERA EMPIE-
ZAN A SURGIR QUEJAS O ACTITUDES DE RESENTIMIENTO ENTRE AMBOS --

PROGENITORES QUE NO PUEDEN SOPORTAR LA CULPA QUE INTERIORMENTE -
 LOS "DESTRUYE". CONSECUENTEMENTE EMPIEZAN A DESCARGAR SUS FRUS-
 TRACIONES EN FORMA DE ENOJO Y AGRESIVIDAD QUE DIRIGEN HACIA EL -
 NIÑO AFECTADO, QUIEN REPRESENTA PARA ELLOS LA FUENTE DE SUS PRO-
 BLEMAS. COMO CONSECUENCIA DE ESTA ACTITUD EQUÍVOCA Y DESCONTRO-
 LADA DE LOS PADRES, LOS DEMÁS INTEGRANTES DE LA FAMILIA, HERMA--
 NOS MAYORES O MENORES DEL NIÑO AFECTADO, FAMILIARES E INCLUSIVE
 LOS SIRVIENTES, ASUMEN LA MISMA ACTITUD DE RECHAZO Y AGRESIÓN --
 HACIA EL NIÑO.

CON FRECUENCIA SE ENCUENTRAN FAMILIAS QUE SE RESISTEN A -
 LA MEJORÍA DEL NIÑO ENFERMO POR LO QUE SUELEN SABOTEAR EL TRATA-
 MIENTO CON UNA ACTITUD DE INDIFERENCIA ANTE LAS NECESIDADES DEL
 CHICO. EN AQUELLAS SE OBSERVA UNA DIFICULTAD EN RECONOCER LA --
 MEJORÍA DEL NIÑO. POR LO GENERAL ESTOS PADRES NIEGAN LA ENFERME
 DAD, Y A SU VEZ LO CONVIERTEN EN EL RESPONSABLE DE LA PROBLEMÁTI
 CA FAMILIAR. EN ESTE CASO EL NIÑO VIENE A SER EL "RECIPIENTE" -
 DE LOS MALOS TRATOS Y EL DEPOSITARIO DE LOS NUCLEOS PATOLÓGICOS
 DE TODA LA FAMILIA. AL NIÑO SE LE CULPA DE LAS DIFERENCIAS EN--
 TRE HERMANOS, DE INTERRUMPIR LA TRANQUILIDAD DEL HOGAR DEBIDO A
 SUS BROTES EXPLOSIVOS DE EMOCIONES, ETC. EN FIN, EN ESTAS FAMI-
 LIAS EL NIÑO ENFERMO CARGA CON EL DESEQUILIBRIO DE QUIENES LO --
 RODEAN, AGENTUANDO SU PROPIO PROBLEMA.

EL SUB-GRUPO DE PADRES MÁ S INADECUADO ES AQUEL CONSTITUI-
 DO POR PADRES IMPULSIVOS, INFANTILES, QUE NUNCA PODRÁN PROVEER -
 EL APOYO QUE ESTE NIÑO REQUIERE. SUS PROPIAS VIDAS SON CAÓTICAS,
 DESORGANIZADAS Y POR ELLO DIFICULTAN CUALQUIER ADAPTACIÓN DEL --
 NIÑO AL HOGAR POR MÍNIMA QUE SEA. UN FENÓMENO FRECUENTE ES EL -
 DE AQUELLOS PADRES DE FAMILIA QUE ACEPTAN EL PROBLEMA MIENTRAS -
 ÉSTE SEA DE ÍNDOLE PSICOLÓGICA, PERO LO RECHAZAN SI SE LES DICE
 QUE SU ORIGEN ES ORGÁNICO. PROBABLEMENTE LA ASOCIACIÓN DE UNA -
 DEFICIENCIA ORGÁNICA ES INTERPRETADA POR ELLOS COMO UNA DEFICIEN
 CIA HEREDITARIA. MIENTRAS QUE ATRIBUYEN EL CONFLICTO DEL NIÑO A
 CAUSAS PSICOLÓGICAS, APARENTEMENTE RESULTAN LIBRES DE RESPONSA
 BILIDAD.

EN LA PRÁCTICA SE HA VISTO QUE LAS RESPUESTAS MÁ S COMUNES
 ANTE EL PROBLEMA POR PARTE DE LOS PADRES DE ESTOS NIÑOS SON LAS
 SIGUIENTES: (6)

- SHOCK CON DESILUSIÓN AL TENER UN SENTIMIENTO DE NO SER CAPACES DE PRODUCIR LO BUENO, SINO LO MALO. A ESTE SENTIMIENTO PUEDEN ACOMPAÑAR: LA NEGACIÓN DEL PROBLEMA Y LA CULPA ANTE LA RESPONSABILIDAD DE SER CREADORES DE UN NIÑO CON DEFICIENCIAS.

- RELACIONES MATRIMONIALES PERTURBADAS.

- DESCUIDO DE LOS HIJOS SANOS.

- HOSTILIDAD HACIA EL NIÑO, CON ACTITUDES OPUESTAS DE -- SOBRE-PROTECCIÓN.

- INFANTILIZAR AL NIÑO CON EL OBJETO DE QUE SIGA SIENDO DEPENDIENTE DE LA MADRE Y POR LO TANTO LA GRATIFIQUE A TRAVÉS -- DE SU NECESIDAD CONTÍNUA DE AYUDA Y APOYO.

- INTOLERANCIA A LAS FRECUENTES EXPRESIONES AGRESIVAS -- DEL NIÑO.

D) CONDICIONES EMOCIONALES DEL NIÑO CON S.D.C.M.

MIENTRAS QUE EL NIÑO NO CONVIVA EN UN AMBIENTE BIEN ES-- TRUCTURADO, CON LAS LIMITACIONES ADECUADAS DE ACUERDO A SUS CAPACIDADES Y SE VEA EN LA NECESIDAD DE TOMAR DECISIONES QUE AÚN NO PUEDE ENFRENTAR DEBIDO A SU INMADUREZ EMOCIONAL, SU VIDA SERÁ UN CAOS. ESTE NIÑO REQUIERE DE LA ORIENTACIÓN CONTÍNUA DE -- UN ADULTO CAPACITADO EN LA MATERIA, CUYA ACTITUD LE SIRVA DE -- PAUTA DE CONDUCTA A SEGUIR. DEBIDO A SU FALTA DE JUICIO ACERTADO Y A SU INCAPACIDAD PARA CONTROLAR IMPULSOS, NO SE PUEDE ESPERAR UNA RESPUESTA ACERTADA POR SU PARTE. CARECE DE LÍMITES INTERNOS POR LO QUE NECESITA ENCONTRARLOS EN EL MEDIO EXTERIOR.

LA VIDA DE ESTE NIÑO SIGUE UN CÍRCULO DE HOSTILIDAD Y -- CULPA, LO QUE SE MANIFIESTA EN SU CONDUCTA COMO UNA ALTERACIÓN ENTRE LA SOBRE Y SUB-PERMISSIVIDAD QUE RECIBE Y QUE AGRAVA SUS -- PROBLEMAS. EN RARAS OCASIONES SE HAN VISTO PROGRESOS EN ALGUNOS NIÑOS DEBIDO SOBRE TODO A SU AMBIENTE FAMILIAR ADVERSO. SE PUEDE DECIR QUE ESTO SE DEBE A QUE SU TRATAMIENTO ESTÁ BASADO -- EN EL ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES, EN LA ACEPTACIÓN (QUIZÁ SOLAMENTE PARCIAL) QUE RECIBE Y EN UNA DISCIPLINA JUSTA QUE SE LE -- IMPONE PARA RESPETAR LAS NORMAS ESTABLECIDAS O RECIBIR ALABAN-- ZAS CUANDO CUMPLE CON SUS PEQUEÑAS TAREAS EN FORMA INESPERADA-- MENTE BUENA. (7)

CUANDO EL NIÑO HA TENIDO UNA EXPLOSIÓN DE SENTIMIENTOS, EL ADUETO A SU CARGO DEBE INMEDIATAMENTE HABLAR CON ÉL CON EL OBJETO DE ACLARAR LA CAUSA DE TAL COMPORTAMIENTO A TRAVÉS DEL ANÁLISIS CUIDADOSO DE LA SITUACIÓN PARA QUE EL NIÑO LA REVIVA Y COMPRENDA EL ENIGMA QUE LE CAUSÓ TAL INUNDACIÓN DE SENTIMIENTOS. DE ESTA MANERA PUEDE APRENDER A RECONOCER Y CONTROLAR GRADUALMENTE SUS SENTIMIENTOS.

DEBIDO A LA FALTA DE DESTREZA DE PERCEPCIÓN MOTRIZ QUE ESTE NIÑO SUFRE, Y COMO RESULTADO DE SU "YO" EN DESARROLLO QUE RECIBE CONSTANTES ATAQUES, ESTÁ MÁS PROPENSO A ACENTUAR SUS TRASTORNOS EMOCIONALES POR LO QUE NECESITA DE UNA PSICOTERAPIA CONTINUADA.

LAS CARACTERÍSTICAS SOBRESALIENTES DE ESTE NIÑO SON LAS SIGUIENTES: ⁽⁸⁾ DE PEQUEÑO, TIENE CÓLICOS CONSTANTES, ES INSACIABLE EN CUANTO AL AFECTO QUE RECIBE DE SU MADRE, ES SUMAMENTE IRRITABLE Y SU CONDUCTA ES IMPREDECIBLE. POR ESTAS RAZONES LA MADRE NO PUEDE SATISFACER LAS NECESIDADES INFANTILES Y FRECUENTEMENTE SE DESILUSIONA DEL BEBÉ. CONFORME EL NIÑO CRECE, LAS DIFICULTADES CON SUS PADRES SE INTENSIFICAN PUES SIGUE SIENDO INSACIABLE Y EXIGENTE. ANTE TAL ACTITUD DEL NIÑO LOS PADRES SUELEN SENTIRSE ENOJADOS, CONFUNDIDOS O FRACASADOS. ESTA REACCIÓN AGRAVA EL CUADRO PUESTO QUE EL NIÑO REQUIERE DE UN AMBIENTE DE TRANQUILIDAD Y ACEPTACIÓN, DE BUENA ESTRUCTURACIÓN Y QUE, HASTA CIERTO PUNTO, SIGA UNA RUTINA DIARIA, UN PROGRAMA DE VIDA FAMILIAR. ⁽⁹⁾

LAS RELACIONES ENTRE ESTE NIÑO Y SUS HERMANOS TAMBIÉN SON PROBLEMÁTICAS, YA QUE POR LO GENERAL ÉSTOS LO RECHAZAN AL VER QUE INTENTA ACAPARAR LA ATENCIÓN DE LOS PADRES; ADEMÁS DEL SENTIMIENTO DE ENVIDIA RECÍPROCO.

LA DINÁMICA ES LA SIGUIENTE: EL NIÑO ENOJADO CREA PADRES RESENTIDOS; EL NIÑO QUE CONFUNDE CREA PADRES CONFUNDIDOS Y EL NIÑO QUE NO PUEDE NI SABE AGRADECER CREA PADRES DESILUSIONADOS.

ESTE CUADRO PRESENTA UNA IDEA CLARA DE LOS PROBLEMAS QUE SE SUSCITAN EN EL CASO DE ESTE NIÑO Y DE LAS CONSECUENCIAS GRAVES A LAS QUE LA SITUACIÓN PUEDE LLEGAR.

E) PAUTAS EDUCATIVAS A LA FAMILIA DEL NIÑO.

HAY QUE ENSEÑAR A LOS PADRES A QUE AYUDEN AL NIÑO A DIFERENCIAR ENTRE ACTITUDES ACEPTABLES Y "POSITIVAS" PARA ÉL MISMO Y LOS DEMÁS, DE AQUELLAS OTRAS ACTITUDES O EXPRESIONES DE SENTIMIENTOS QUE NO LO SON. SE HA VISTO QUE LA TOLERANCIA DE LOS PADRES ANTE LA CONDUCTA O SENTIMIENTOS ABRUMADORES DEL NIÑO, PROPICIAN EN ÉL CIERTO ALIVIO AL SABER QUE SUS PADRES CONOCEN SUS SENTIMIENTOS (EN OCASIONES DESTRUCTIVOS) Y NO POR ELLO LO CENSURAN NI CASTIGAN. AMBOS, PADRES Y NIÑO, DEBEN COMPRENDER QUE LOS DESEOS O SENTIMIENTOS AGRESIVOS SI NO SE ACTÚAN NO SON DESTRUCTIVOS Y POSIBLEMENTE, INCLUSO EL HECHO DE EXPRESARLOS PUEDE SERVIR COMO MEDIO DE DESCARGA EMOCIONAL PARA EL NIÑO, EN MOMENTOS DE UNA FUERTE AFLICCIÓN ACUMULADA.

SE HA EMPLEADO LA TÉCNICA DE LA "PSICOTERAPIA OPERACIONAL" CON EL OBJETO DE MODIFICAR EL AMBIENTE FAMILIAR. SUS PRINCIPIOS SON EL REFORZAMIENTO DE LA CONDUCTA ADECUADA Y EL CASTIGO DE AQUELLA INDEBIDA. ES IMPORTANTE RECORDAR AL LECTOR QUE EL HECHO DE CASTIGAR AL NIÑO SIGNIFICA LLAMARLE LA ATENCIÓN. EN EL CASO DE ESTE NIÑO UNA DE LAS CONDUCTAS MÁS FRECUENTES DE ÉL, ES JUSTAMENTE SU NECESIDAD DE LLAMAR CONTINUAMENTE LA ATENCIÓN. POR ELLO NO SE PUEDE CREER QUE ESTE MÉTODO OPERACIONAL SEA EL MÁS ADECUADO PARA MODIFICAR SU CONDUCTA. PARA ÉL ES MÁS GRATIFICADOR RECIBIR UN CASTIGO QUE SER IGNORADO. ESTA TÉCNICA Y ALGUNAS OTRAS, COMO LA DE USAR UNA ADVERTENCIA PREVIA Y LUEGO EL CASTIGO, SE RECOMIENDAN PARA AQUELLOS PADRES CAÓTICOS, QUE TIENEN RESPUESTAS INCONSISTENTES QUE PRODUCEN MAYOR CONFUSIÓN EN EL NIÑO.

SE PUEDE DAR ORIENTACIÓN A LOS PADRES HACIENDO QUE ELLOS ESTABLEZCAN UNA JERARQUÍA DE REGLAS DISCIPLINARIAS, EN LAS QUE DIFERENCIEN EL "MAL COMPORTAMIENTO" DE LA "OFENSA GRAVE". AQUÍ, ELLOS DEBEN DEFINIR LO QUE CONSIDERAN ESENCIAL, IMPORTANTE O SÓLO TRIVIAL. A VECES LOS PADRES MISMOS NO PUEDEN ESTABLECER TAL JERARQUÍA, POR LO QUE SE RECOMIENDA QUE LA HAGAN JUNTO CON EL PSICOTERAPEUTA Y EN PRESENCIA DEL NIÑO.

CUANDO LOS PADRES LOGRAN CAMBIAR SU MODO DE SER CON EL NIÑO, ÉSTE RESPONDE MOSTRANDO MEJORÍA EN SU COMPORTAMIENTO LO QUE GRATIFICA TANTO A LOS PADRES COMO AL NIÑO.

PUEDAN MODIFICAR EL AMBIENTE FAMILIAR QUE REPERCUTE DIRECTAMENTE SOBRE ESTE NIÑO, SE REQUIERE DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FAMILIA. ESTA INTERVENCIÓN PUEDE HACERSE DESDE SEIS DIFERENTES PUNTOS DE VISTA: (10)

1. ACLARAR LAS CAUSAS DEL PROBLEMA; ESTO REQUIERE DE CIERTA "EDUCACIÓN" DE LOS PADRES.

2. EXPLICAR A LOS PADRES EL MANEJO DE LOS PSICO-FÁRMACOS Y SU UTILIDAD CON ESTE NIÑO.

3. ESTRUCTURAR NUEVAMENTE EL AMBIENTE FAMILIAR, ELIMINANDO HASTA DONDE SEA POSIBLE LAS CONDUCTAS ERRÓNEAS E INDICANDO -- LAS CORRECTAS.

4. CAMBIAR CIERTAS PAUTAS AMBIENTALES, TIPOS DE RESPUESTA, ACTIVIDADES; EN FIN EL MODO DE VIDA FAMILIAR.

5. MANEJAR LA CONDUCTA EQUIVOCADA DE LOS PADRES DEL NIÑO, CON EL OBJETO DE QUE ÉSTOS A SU VEZ, MANEJEN LA DE LOS DEMÁS FAMILIARES E INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

6. PRESENCIAR LAS RELACIONES PADRES-HIJO CON CIERTA FRECUENCIA.

ESTA INTERVENCIÓN EN LA VIDA Y EN LA DINÁMICA FAMILIAR TIENE POR OBJETO DESCUBRIR AQUELLOS MECANISMOS EN OCASIONES INCONSCIENTES QUE SE SUSCITAN EN EL MEDIO FAMILIAR QUE FRECUENTEMENTE PASAN DESAPERCIBIDOS, SIENDO DE GRAN IMPORTANCIA EN LA REESTRUCTURACIÓN SANA DE UNA FAMILIA CON PROBLEMAS.

EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL MAESTRO EN LA ENSEÑANZA ACADÉMICA DE LOS NIÑOS CON S.D.C.M., NO SE LIMITA A LA SOLA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTOS E IDEAS PREVIAMENTE ESTABLECIDOS. SU PAPEL COMO INSTRUCTOR DE ESTE NIÑO ABARCA VARIAS FACETAS EN SU EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO. DESDE LOS PRINCIPIOS MÁS FUNDAMENTALES DE SU SOCIALIZACIÓN, CREACIÓN DE HÁBITOS Y FINALMENTE, INSTRUCCIÓN ESCOLAR. DEBIDO A ESTA SITUACIÓN EN LA QUE EL MAESTRO MANEJA TODA UNA GAMA DE ASPECTOS "EDUCATIVOS-FORMATIVOS", SE IMPONE UN PROFUNDO CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DEL NIÑO Y SUS REACCIONES, UNA PREPARACIÓN TERAPÉUTICA ADECUADA Y LA MADUREZ NECESARIA PARA PODER LOGRAR RESULTADOS POSITIVOS. DE OTRA FORMA, SU INTERVENCIÓN EN LA VIDA DEL NIÑO SERÍA ANÁLOGA A LA DE UN ADULTO MÁS CON LA MEJOR INTENCIÓN DE "EDUCARLO" PERO CARECIENDO DE UNA PREPARA-

CIÓN EFECTIVA POR LO QUE OBTENDRÍA Y DESARROLLARÍA EN EL NIÑO UN SENTIMIENTO DE FRACASO, QUE DESDE LUEGO SE ATRIBUIRÍA A SU COMPORTAMIENTO DIFÍCIL, FALTA DE COOPERACIÓN Y A SU ACTITUD DE "FLOJERA".

1. EL PAPEL DEL MAESTRO CON EL NIÑO CON S.D.C.M.

HAY QUE CONSIDERAR QUE LA PERSONALIDAD Y LA SENSATEZ DEL MAESTRO, DANDO COMO FACTOR SOBREENTENDIDO SU PREPARACIÓN, SON LOS ASPECTOS QUE DETERMINAN EL ÉXITO O EL FRACASO DEL TRATAMIENTO EDUCATIVO. ES FUNDAMENTAL QUE EXISTA UNA COMUNICACIÓN AFECTIVA POSITIVA ENTRE EL NIÑO Y SU MAESTRO. DE ELLO DEPENDE QUE EL NIÑO PUEDA SENTIRLO COMO FIGURA PROTECTORA Y ACUDA A ÉL EN SUS MOMENTOS DE CONFUSIÓN O DUDA, SABRIENDO QUE RECIBIRÁ APOYO Y ORIENTACIÓN.

LA MAYORÍA DE ESTOS NIÑOS QUE ACUDEN A ESCUELAS NORMALES, DEBERÍAN RECIBIR UN TRATO ADECUADO A SUS LIMITACIONES INTELECTUALES Y DE LA PERSONALIDAD. POR EJEMPLO, SE LES PERMITIRÍA LEVANTARSE DE SU ASIENTO CUANDO ESTÁN CANSADOS O INQUIETOS, DISTRIBUIRLES SU TIEMPO DE TRABAJO EN LAPROS NO MAYORES DE 30 MINUTOS Y LA ACEPTACIÓN DE SU ESCRITURA LENTA Y DESORDENADA, PROCURANDO HACERLES VER QUE SU ESFUERZO ES RECONOCIDO POR EL MAESTRO, TODO LO CUAL REQUIERE DE PERICIA POR PARTE DE ÉSTE PUES DEBE INTENTAR INTEGRAR AL NIÑO AFECTADO CON EL GRUPO DE NIÑOS NORMALES Y LOGRAR QUE ÉSTOS RECONOZCAN LAS LIMITACIONES DEL NIÑO CON S.D.C.M. LE BRINDEN ACEPTACIÓN Y EN MUCHAS OCASIONES, APRENDAN A CONDESCENDER CON ÉL, RESPETANDO SUS EXCENTRICIDADES Y TOLERANDO SUS REACCIONES INADECUADAS.

EL MAESTRO DEBE ESTAR PENDIENTE EN TODO MOMENTO DE LAS ACCIONES DEL NIÑO, PARA INTERVENIR A TIEMPO EN LOS CONFLICTOS DE RELACIONES INTER-PERSONALES EN LOS QUE SUELE ENCONTRARSE Y DARLE TAREAS QUE SEAN DE SU INTERÉS, DE SU ALCANCE INTELECTUAL Y QUE A SU VEZ LO MANTENGAN DISTRAÍDO Y LE SEAN ÚTILES EN EL DESARROLLO DE SUS ÁREAS MÁS LESIONADAS. ESTAS TAREAS QUE DEBEN EXPLICARSE LE CON TODA CLARIDAD Y CONSTATAR QUE EL NIÑO LAS INICIA CON ÉXITO; DE OTRA MANERA, SU INFLUENCIA EN EL SALÓN DE CLASE SERÁ PERTURBADORA PARA LOS DEMÁS, DEBIDO A SU CONTINUO MOVIMIENTO.

A MENUDO SE VE QUE EL NIÑO FUNCIONA ADECUADAMENTE EN LA ESCUELA CON UN MAESTRO FIRME, MIENTRAS QUE EN CASA, BAJO EL CUIDADO DE PADRES DESORGANIZADOS Y PERMISSIVOS EL NIÑO ES INCONTRO-LABLE. HE AQUÍ LA IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS LÍMITES ADECUADOS Y DE LA ESTRUCTURA AMBIENTAL. DESDE LUEGO, NO DEBE OLVIDARSE QUE TRATÁNDOSE DE REGLAS DISCIPLINARIAS, ÉSTAS SERÁN MÁS FLEXIBLES PARA EL NIÑO AFECTADO, YA QUE LE ES BASTANTE DIFÍCIL SEGUIR INSTRUCCIONES VERBALES, ATENDER AUDITIVAMENTE Y OBEDECER O EJECUTAR LO QUE SE LE PIDE.

ES COMÚN EN UNA ESCUELA NORMAL OÍR AL MAESTRO DE ESTE TIPO DE NIÑO, REFERIRSE A ÉL COMO UN CHICO NERVIOSO, "FLOJO" O INCLUSIVE DE MALAS INTENCIONES POR EL HECHO DE QUE SUELE SER EXTROVERTIDO Y POR LO TANTO "MAL EDUCADO", DESCUIDADO EN SU TRABAJO, DISTRAÍDO, PELEONERO Y DESTRUCTIVO.

2. CONDICIONES EMOCIONALES DEL NIÑO CON S.D.C.M.

LAS CONDICIONES EMOCIONALES QUE SE PRESENTAN EN EL NIÑO - LE SON TOTALMENTE ADVERSAS LO CUAL DIFICULTA DESDE UN PRINCIPIO SU ADAPTACIÓN A OTROS GRUPOS DE NIÑOS ASÍ COMO SU RELACIÓN CON EL MAESTRO. SU CONDUCTA TÍPICA, INFLUIDA POR UNA SERIE DE EMOCIONES ADVERSAS Y CONTRADICTORIAS, ES EN SÍ MISMA UN CONJUNTO DE FRUSTRACIONES, MALOS ENTENDIDOS, SENTIMIENTOS DE FRACASO, DESILUSIÓN ANTE SÍ MISMO Y DESESPERACIÓN POR SU GRAN INCAPACIDAD DE CUMPLIR Y REALIZAR SUS METAS. ÉSTA CONDUCTA SUELE EXPRESARSE EN FORMA DE PROVOCACIÓN CONTINUA, DE AGRESIVIDAD, DE DESAFÍO Y DESINTERÉS, DISFRAZANDO EL VERDADERO SENTIMIENTO DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN, AFECTO Y APROBACIÓN. EL MECANISMO DE PROVOCACIÓN ES EN SÍ UN MÉTODO DE ATAQUE CON EL QUE EL NIÑO JUSTIFICA SU SENTIMIENTO DE MINUS-VALÍA.

SE HA HABLADO DE LA MEMORIA COMO UNA FUNCIÓN DE IMPORTANCIA EN EL APRENDIZAJE; EL DOCTOR NARES EXPLICA QUE ANTE SITUACIONES NUEVAS EN LA VIDA, SE RECUERDAN LAS YA VIVIDAS. AQUÍ LA EXPERIENCIA VENDRÍA A SER LA BASE DEL APRENDIZAJE, EL CUAL CONTINÚA DESARROLLÁNDOSE CON LA PRÁCTICA. (11)

ES SABIDO QUE LA MEMORIA ESTÁ EN RELACIÓN ESTRECHA CON LA TENSIÓN EMOCIONAL EN EL INDIVIDUO. ÍNDICE DE ESTO ES QUE BAJO -

UN ESTADO DETERMINADO DE TENSIÓN EMOCIONAL, LA MEMORIA ES LA PRIMERA FUNCIÓN COGNOSCITIVA QUE SE AFECTA. POR OTRA PARTE SABEMOS QUE PARA QUE EL APRENDIZAJE SE LLEVE A CABO EN EL INDIVIDUO, ES NECESARIO CIERTO NIVEL DE MADURACIÓN MENTAL. ESTO EXPLICA EL -- PORQUÉ ESTOS NIÑOS AFECTADOS TIENEN TANTA DIFICULTAD PARA APRENDER, YA QUE PSÍQUICAMENTE SON INMADUROS EN RELACIÓN A SU EDAD -- CRONOLÓGICA.

EL OBJETO DE HACER CONSCIENTE AL MAESTRO DE LAS LIMITACIONES DEL NIÑO, ES HACER FUNCIONAR SU PRESENCIA DE ADULTO COMO UN "YO AUXILIAR", PARA EL NIÑO, YA QUE POR SÍ SOLO CARECE DE APOYOS PARA SU "YO", DÉBIL E INSEGURO. ES IMPORTANTE RECORDAR QUE LA MOTIVACIÓN AFECTIVA ES EL FACTOR ESENCIAL EN EL APRENDIZAJE; POR LO TANTO, LA PRESENCIA DEL MAESTRO SIRVE DE AUXILIO AL NIÑO EN SUS MOMENTOS DIFÍCILES. REPRESENTA UNA FUENTE INAGOTABLE DE -- FUERZA QUE COMPENSA LA FUERZA DE LA QUE EL NIÑO CARECE. ES ASÍ COMO LE DA AYUDA EN EL CONTROL DE SUS IMPULSOS QUE SUELEN DESBORDARSE FÁCILMENTE.

ES IMPORTANTE RECORDAR QUE ESTE NIÑO TIENE UNA TOLERANCIA CASI NULA A LA FRUSTRACIÓN POR LO QUE ES CONVENIENTE EVITARLE -- AQUELLAS SITUACIONES QUE LO EXPONGAN, DEBIDO A SUS LIMITACIONES FÍSICAS O INTELECTUALES, A LLEGAR AL FRACASO Y A LA PÉRDIDA DE -- INTERÉS EN LA ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA.

3. AMBIENTE ESCOLAR.

ESTE DEBE SER DE RELAJAMIENTO Y TRANQUILIDAD, YA QUE EL NIÑO QUE ACUDE A LA ESCUELA ESTÁ CARGADO EMOTIVAMENTE. SUS CARGAS PRINCIPALES SON: EL TEMOR ANTE UN AMBIENTE DESCONOCIDO, LA PÉRDIDA DE SEGURIDAD AL SUFRIR LA SEPARACIÓN DE SU HOGAR, DIRECTAMENTE DE LA MADRE Y POR ELLO LA AFLICCIÓN DE SENTIRSE SOLO Y DESPROTEGIDO.

A) EL SALÓN DE CLASE DEBE SER UN LUGAR AGRADABLE PARA VIVIR Y CUYO AMBIENTE SEA ESTIMULANTE PARA INCITAR AL NIÑO A LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE.

EN EL CASO DEL NIÑO CON S.D.C.M., EL AMBIENTE ESCOLAR NO DEBE ESTAR SATURADO DE ESTÍMULOS, PUES ESTO SÓLO LO DISTRAE Y LE

CREA UN ESTADO DE SOBRE-EXCITACIÓN QUE LE IMPIDE CONCENTRARSE Y EJECUTAR LAS LABORES. SE RECOMIENDA ELIMINAR TODOS AQUELLOS JUEGOS EN GRANDES GRUPOS DE NIÑOS EN LOS QUE SURJE LA COMPETENCIA, EN LOS QUE HAY EQUIPOS, ETC., Y EN SU LUGAR MANTENER UNA RUTINA DIARIA QUE LE SEA FÁCIL DESEMPEÑAR CON LA CALMA QUE ÉL REQUIERA.

LA MEJOR PLANEACIÓN DEL AMBIENTE ESCOLAR RADICA EN EL HECHO DE QUE TODAS LAS SITUACIONES ESCOLARES ESTÉN BIEN ESTRUCTURADAS. DE ESTA MANERA EL NIÑO SABE LO QUE DEBE HACER Y LO QUE SE ESPERA DE ÉL.⁺ TENIENDO CONFIANZA EN LA ACTIVIDAD QUE REALIZA - LE SERÁ POSIBLE OBTENER RESULTADOS ÓPTIMOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SATISFAGA A SU MAESTRO Y REFUERCE A SU "YO".

B) EL JUEGO.

EL JUEGO, EN TODAS SUS FORMAS, YA SEA ESPONTÁNEO O DE ACTIVIDADES ORGANIZADAS, TIENE DOS PROPÓSITOS DE BENEFICIO PARA EL NIÑO: 1) EL DE DESCARGAR ENERGÍA ACUMULADA O SEA LIBERAR LA TENSION ORIGINADA POR LA SEPARACIÓN DEL HOGAR Y EL ENCUENTRO CON UN MEDIO NUEVO Y DIFERENTE, Y 2) EL DE PERMITIR EL CRECIMIENTO Y LA MADURACIÓN NEUROLÓGICA, YA QUE EL JUEGO ESTIMULA TAL COORDINACIÓN.

C) LA LIBERTAD.

LA LIBERTAD DE LA QUE EL NIÑO PUEDE DISPONER EN UN PRINCIPIO ES BASTANTE LIMITADA; SIN EMBARGO, PAULATINAMENTE SE IRÁ AUMENTANDO A MEDIDA QUE ÉL MUESTRE CAPACIDAD DE ASUMIR LIGERAS RESPONSABILIDADES Y REACCIONE COMO ES DEBIDO. PARA ELLO SE NECESITA DE ALGÚN TIEMPO DE ENTRENAMIENTO Y DE PREVIOS FRACASOS EN SU CONDUCTA, QUE LE SERVIRÁN DE EXPERIENCIA Y PAUTA DE REFERENCIA. HAY QUE RECORDAR QUE A ESTE NIÑO LE ES DIFÍCIL ELEGIR Y TOMAR -- DECISIONES, POR LO QUE SIENTE MAYOR SEGURIDAD EN SITUACIONES -- BIEN DELIMITADAS.

4. PLAN DE ENSEÑANZA.

LOS TRES ELEMENTOS FUNDAMENTALES EN LA ENSEÑANZA DE ESTE NIÑO SON LOS SIGUIENTES: 1) ENTRENAMIENTO MOTRIZ, 2) SOPORTES -- PSICOTERAPÉUTICOS, Y 3) DESARROLLO DEL LENGUAJE.

PARA BIRCH Y OTROS COLABORADORES, EL PROBLEMA PRINCIPAL - DEL NIÑO RADICA EN LA DEFICIENCIA DE SU ÁREA INTEGRADORA. PUES- TO QUE EL APRENDIZAJE FORMA PARTE DE VARIAS FUNCIONES ORGÁNICAS, PARA LOGRAR UNA MEJORÍA EN ÉSTE, ES NECESARIO ESTIMULAR AQUELLAS COMO: LA ATENCIÓN, LA MEMORIA, LA CONCENTRACIÓN, LA IMAGINACIÓN, LA EMOCIÓN, ETC. (12)

AL BRINDARLE AL NIÑO ENTRENAMIENTO ESPECIAL EN UN ÁREA DE TERMINADA DE MODO QUE ÉL MISMO PUEDA CONSTATAR SUS ADELANTOS, -- MEJORARÁ SIMULTÁNEAMENTE EN OTRAS, YA QUE EL LOGRO OBTENIDO LO ESTIMULA A ESFORZARSE EN LA SIGUIENTE TAREA. PARA ESTO ES NECESARIO QUE SE LE HAGA CONSCIENTE DEL ÉXITO OBTENIDO, YA QUE SI -- PASARA DESAPERCIBIDO A LOS OJOS DEL MAESTRO, AUTOMÁTICAMENTE EL NIÑO LO MENOSPRECIARÍA O IGNORARÍA. ES CONVENIENTE QUE MIENTRAS EJECUTA SU "TRABAJO", EL ADULTO A SU CARGO MANTENGA CIERTO CON-- TACTO FÍSICO CON ÉL. ESTO SIRVE DE REFORZAMIENTO AFECTIVO QUE -- LO IMPULSA A MANTENER SU INTERÉS EN LA TAREA PORQUE ADEMÁS LE -- SIGNIFICA COMPRENSIÓN. (13)

LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE SON ACUMULATIVOS, POR LO QUE ES DIFÍCIL RECUPERAR LOS AÑOS PERDIDOS A PESAR DE QUE EL NIÑO -- MUESTRE POSTERIORMENTE UNA CAPACIDAD DE ASIMILACIÓN YA ADQUIRIDA. POR ELLO SE RECOMIENDA RECURRIR A UN MAESTRO QUE LE IMPARTA AL-- GUNOS CONOCIMIENTOS EN FORMA PARTICULAR. ESTE ENTRENAMIENTO ES-- PECIAL PUEDE AYUDAR AL NIÑO A VENCER SU IMPULSIVIDAD Y A ORGANI-- ZAR SU CONDUCTA CON MÁS EFECTIVIDAD. POR CONSIGUIENTE, LA ENSE-- ÑANZA AL NIÑO CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE DEBE AJUSTARSE A SUS LIMITACIONES SIN PERDER DE VISTA LA NATURALEZA DEL IMPEDIMENTO -- QUE PRESENTA O SUS DIFICULTADES ANTE UNA NUEVA ADAPTACIÓN.

SE RECOMIENDA QUE LA ESCUELA MANDE PERIÓDICAMENTE A LOS -- PADRES DEL NIÑO UN INFORME SOBRE SU DESARROLLO, EL CUAL SERVIRÁ DE ALICIENTE PARA ELLOS A LA MISMA VEZ QUE LES PERMITIRÁ MODIFI-- CAR LAS PAUTAS FAMILIARES DE ACUERDO A LOS AVANCES DEL NIÑO.

5. CONTROL DE ESTÍMULOS.

ES NECESARIO RECORDAR QUE ESTE CONTROL DE ESTÍMULOS ES -- TOTALMENTE DIFERENTE AL QUE SE PUEDE REFERIR A NIÑOS NORMALES. -- EL UMBRAL DE DISTRACCIÓN EN ESTE NIÑO ES SUMAMENTE ALTO POR LO --

QUE HAY QUE PROPICIAR UN AMBIENTE VERDADERAMENTE RESTINGIDO EN CUANTO A DISTRACCIONES Y A OBJETOS MATERIALES.

DESDE EL MOMENTO EN EL QUE EL NIÑO LLEGA A LA ESCUELA, TRAE CONSIGO UNA CARGA DE TENSION, YA SEA POR EL LARGO TRAYECTO EN EL CAMIÓN ESCOLAR, YA POR LAS PEQUEÑAS DISCUSIONES QUE SE SUSCITARON CON SUS HERMANOS O COMPAÑEROS DE VIAJE O POR EL SIMPLE HECHO DE VENIR SENTADO DURANTE UN LARGO RATO, LO QUE LO INQUIETA O MOLESTA. POR ESTA RAZÓN ES IMPORTANTE EL PRIMER ACERCAMIENTO O CONTACTO DEL NIÑO CON SU MAESTRO, QUIEN ANTE TODO TRATARÁ DE TRANQUILIZARLO, DÁNDOLE UN MATERIAL AD-HOC O UNA ACTIVIDAD DE RELAJAMIENTO. DEBE CONSIDERARSE QUE BAJO ESTE ESTADO DE TENSION CUALQUIER ESTÍMULO, YA SEA PROVENIENTE DEL MEDIO EXTERNO O DEL FUERO INTERNO DEL NIÑO, LE PROVOCARÁ UNA REACCIÓN EXAGERADA. EL MAESTRO DEBE TOMAR ENTONCES EL PAPEL ACTIVO PARA PERMITIR AL NIÑO SU RELAJAMIENTO MEDIANTE LA PASIVIDAD DE MANERA QUE NO REQUIERA DE ESFUERZO ALGUNO; ESTO PUEDE SER EL ESCUCHAR UN RELATO, MIRRAR LAS FOTOGRAFÍAS QUE MUESTRAN LA FORMA DE VIDA DE UN ANIMAL, ETC. LAS SITUACIONES NUEVAS LO DISTRAEN Y LE CREAN TENSION, POR LO QUE SE RECOMIENDA AL MAESTRO RESTRINGIR A LO ESENCIAL EL TEMA QUE IMPARTE AL GRUPO, EVITANDO QUE EL NIÑO SE DESVÍE EN DETALLES COLATERALES EN VEZ DE CAPTAR EL PUNTO CENTRAL. (14)

PARA ESTE NIÑO, LOS JUEGOS RÍTMICOS NO DEBEN SER ACOMPAÑADOS DE MÚSICA, PUES LOS ESTÍMULOS AUDITIVOS REPRESENTAN OTRA FUENTE DE DISTRACCIÓN QUE LO ALEJAN DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL Y LE PRODUCEN UNA SOBRE-ESTIMULACIÓN INADECUADA. CUANDO LA ACTIVIDAD DEL NIÑO NO SE VE DISTRAIDA POR ELEMENTOS NO ESENCIALES DEL AMBIENTE, SU ATENCIÓN AUMENTA EN DURACIÓN Y SE FATIGA MENOS, YA QUE DE LO CONTRARIO, GRAN PARTE DE SU ENERGÍA SE DESPERDICIA AL ATENDER A ESTÍMULOS SECUNDARIOS QUE LE PRODUCEN CONSTANTES RESPUESTAS FÍSICAS. NO PUEDE IGNORAR LOS RUIDOS QUE ESCUCHA, LOS MOVIMIENTOS QUE VE O LOS OBJETOS QUE LO RODEAN; REACCIONA ANTE CUALQUIER ESTÍMULO, ES DECIR, NO TIENE CAPACIDAD DE REACCIONAR NEGATIVAMENTE A LOS ESTÍMULOS SECUNDARIOS COMO LO HACE EL NIÑO NORMAL. LA DISTRACCIÓN PROPIA EN EL NIÑO CON S.D.C.M. LE CREA FRACASOS Y ÉSTOS A SU VEZ LE PRODUCEN MAYOR DISTRACCIÓN AL SENTIRSE DESALENTADO. PARA TERMINAR CON ESTE CÍRCULO DE FRACASOS ES NECE

SARIO REDUCIR AL MÍNIMO LOS ESTÍMULOS AMBIENTALES, HASTA DEJAR ÚNICAMENTE AQUELLOS QUE PUEDA TOLERAR. EN OTRAS PALABRAS, ESTE NIÑO REQUIERE QUE SE LE EXIMA DE REACCIONAR A LO NO ESENCIAL. (15)

6. UN AULA ESCOLAR MODELO.

PARA QUE EL NIÑO LOGRE UN APRENDIZAJE ADECUADO, A PESAR DE SUS LIMITACIONES DE PERCEPCIÓN, DE DISTRACCIÓN Y DE HIPERACTIVIDAD MOTRIZ, SERÁ NECESARIO PLANEAR UN AMBIENTE CUYAS CONDICIONES LO FAVOREZCAN. EN PRIMER TÉRMINO SE CONSIDERARÁ LA REDUCCIÓN DE ESTÍMULOS QUE ATRAEN SU ATENCIÓN, QUE EN SÍ ES DISPERSA. EL SE PREOCUPA POR EL ESPACIO QUE LO RODEA YA QUE SUFRE DE UNA GRAN INESTABILIDAD EMOCIONAL, LA QUE LE PRODUCE ANSIEDAD DEBIDO A SU PERCEPCIÓN DEFECTUOSA. POR ELLO, LA MEJOR CONDICIÓN EN CUANTO A SU UBICACIÓN EN LA ESCUELA ES UN CUBÍCULO, LO SUFICIENTEMENTE PEQUEÑO PARA QUE PUEDA DOMINARLO Y EJERCER SOBRE ÉL UN CONTROL PSICOLÓGICO. AL REDUCIR EL ESPACIO SE REDUCIRÁN AUTOMÁTICAMENTE LOS ESTÍMULOS. EL ESTÁ CONSCIENTE DEL BENEFICIO QUE LE REPRESENTA ESTAR SITUADO EN UN LUGAR EL CUAL PUEDA RECONOCER, TOCAR LAS LIMITACIONES ESPACIALES Y ASÍ LOGRAR SU REORIENTACIÓN. EL PERMITIRLE PERCIBIR LAS LIMITACIONES AMBIENTALES PROPICIA SU ORGANIZACIÓN DE PERCEPCIÓN DE ACUERDO A TAL AMBIENTE. (16) TODA ACTIVIDAD SE REALIZA A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN, ES DECIR CONTRA UN FONDO DE DIVERSAS PERCEPCIONES, YA SEAN ESTAS AUDITIVAS, VISUALES, TÁCTILES, KINESTÉSICAS, ETC... A MEDIDA QUE EL INDIVIDUO MADURA, LA PERCEPCIÓN CRECE. A MAYOR DIFERENCIACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO, MÁS DETALLES SE AGREGAN EN EL PROCESO PERCEPTIVO.

CUANDO A PESAR DE LAS SITUACIONES ESPECIALES EL NIÑO SIGUE DISTRAYÉNDOSE, SE LE AÍSLA EN UNA ESQUINA DEL SALÓN COLOCANDO SU ESCRITORIO FRENTE A LA PARED. ESTO DE NINGÚN MODO DEBE HACÉRSELE SENTIR COMO UN CASTIGO, SINO POR LO CONTRARIO, EXPLICARLE EL OBJETO DE TAL MEDIDA PARA QUE COMPRENDA LA CONVENIENCIA Y EL BENEFICIO DE ELLO.

HAY QUE RECORDAR QUE UN GRUPO ESCOLAR INTEGRADO POR NIÑOS CON S.D.C.M., NO DEBE EXCEDER UN NÚMERO DE DIEZ, CON DOS MAESTROS A CARGO: EL INSTRUCTOR QUE INDICA LAS LABORES Y RECONOCE EL MOMENTO PROPICIO PARA DESEMPEÑAR UNA ACTIVIDAD DE GRUPO Y AQUEL

QUE LO SUBSTITUIRÁ EN EL MOMENTO EN QUE UN NIÑO, POR LLEGAR TARDE A LA ESCUELA, VIENE EN ESTADO DE DESCONTROL EMOCIONAL O DE IRRITABILIDAD. EN TAL CASO, ESTE ÚLTIMO ACUDIRÁ A TRANQUILIZAR LO EVITANDO QUE LA SITUACIÓN EMOTIVA PERTURBADA DE ESTE NIÑO -- AFECTE LA DINÁMICA DEL RESTO DEL GRUPO.

7. DESARROLLO MOTRIZ Y LATERALIDAD.

LA TORPEZA MOTORA ES TÍPICA EN ESTE NIÑO DEBIDO A QUE -- DURANTE LA VIDA PRE-NATAL SE DESARROLLA EL SISTEMA NERVIOSO SIGUIENDO UN ORDEN DETERMINADO. SI POR ALGUNA CAUSA SE PRODUCE -- UNA CONTRARIEDAD EN ESTE DESARROLLO, OCURRIRÁ UNA ANOMALÍA MOTORA DE DIVERSA INTENSIDAD. LA TORPEZA PUEDE AFECTAR DIFERENTES ÁREAS DE EJECUCIÓN O MOVIMIENTOS DE PARTES DEL CUERPO Y TENER -- UNA INTENSIDAD VARIADA; DESDE AQUELLA DEFICIENCIA EN ALGUNA ZONA QUE AFECTA SOLAMENTE LOS MOVIMIENTOS FINOS DEL NIÑO, HASTA -- AQUELLA QUE DIFICULTA LOS MOVIMIENTOS GRUESOS DEL CUERPO PUDIENDO AFECTARLO EN UN SOLO LADO O EN AMBOS.

AL HABLAR DE LAS INCAPACIDADES ESPECIALES DE APRENDIZAJE, DE COORDINACIÓN MOTRIZ O DE LATERALIDAD, ALGUNOS AUTORES AFIRMAN QUE PUEDE EXISTIR UNA GRAN POSIBILIDAD DE ASOCIACIÓN ENTRE LA -- DOMINANCIA CONFUNDIDA DE LATERALIDAD Y LA COORDINACIÓN MOTRIZ -- DAÑADA. ADEMÁS, LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE SE PUEDEN CONSIDERAR SOLAMENTE COMO UNA MANIFESTACIÓN DEL DAÑO NEUROLÓGICO, Y NO COMO SU CAUSA.

OTRA CARACTERÍSTICA DE ESTOS TRASTORNOS SE HACE NOTAR -- CUANDO EL NIÑO USA AMBAS MANOS EN LA REALIZACIÓN DE TAREAS DE -- EJECUCIÓN, INVIERTE NÚMEROS Y LETRAS Y SU MEMORIA VISUAL ES POBRE. IGUALMENTE DEMOSTRARÁ POCa CAPACIDAD PARA REPRODUCIR IMÁGENES VISUALES, CONSTRUCCIONES O PARA EL DIBUJO LIBRE.

ES FRECUENTE QUE ESTE NIÑO PRESENTE INEXACTITUD EN LA ORGANIZACIÓN ESPACIAL DE LOS SONIDOS, YA QUE SU CAPACIDAD DE SIN-- TETIZAR UNIDADES SEPARADAS ES POBRE.

LA TEORÍA DEL DR. DOMAN DELACATO, QUE HA SIDO MUY DISCUTIDA POR CASI TODAS LAS INSTITUCIONES DEL CAMPO, ENTRE ELLAS LAS "AMERICAN ACADEMIES OF NEUROLOGY AND PEDIATRICS", AFIRMA QUE EL RENDIMIENTO MOTOR POBRE "CAUSA" LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. --

POR LO QUE LA ESTIMULACIÓN Y EL PROGRESO DE LAS ÁREAS MOTRICES TENDRÍAN COMO RESULTADO UN MEJORAMIENTO EN EL APRENDIZAJE. (17)

8. MATERIALES Y ACTIVIDADES VISO-MOTORAS.

• EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE MATERIALES Y EJERCICIOS MOTRICES QUE LA DRA. MONTESSORI UTILIZA CON ÉXITO EN EL ENTRENAMIENTO DE LOS NIÑOS CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE, YA SEAN DE ÍNDOLE DE PERCEPCIÓN, MOTRIZ, AUDITIVA, VISUAL, DE ABSTRACCIÓN DEL PENSAMIENTO U OTRAS. SON MATERIALES O EJERCICIOS QUE ESTIMULAN LA ATENCIÓN DEL NIÑO, CREAN HÁBITOS, DEFINEN LA LATERALIDAD, AYUDAN A DESARROLLAR CAPACIDADES ATROFIADAS Y A IMPONER LOS LÍMITES DE LOS QUE EL NIÑO CARECE, EN FORMA DE JUEGO O DISTRACCIÓN, A LA VEZ QUE DICHAS ACTIVIDADES BENEFICIAN LA CORRECCIÓN DE SU DESARROLLO INADECUADO, TORPE O LESIONADO.

LAS TÉCNICAS GENERALMENTE EMPLEADAS PARA EL ENTRENAMIENTO DE ESTOS NIÑOS SON LAS SIGUIENTES:

- A) SE USARÁ LA MANO QUE EL NIÑO PREFIERA.
- B) SE LE DARÁN TAREAS QUE SIGAN LA SECUENCIA DE IZQUIERDA A DERECHA, PARA EJERCER SUS MOVIMIENTOS.
- C) SE USARÁN SIEMPRE LOS MISMOS MÉTODOS DE TRABAJO HASTA QUE EL NIÑO LOS DOMINE.
- D) NO SE LE PERMITIRÁ GIRAR EL PAPEL SOBRE EL CUAL ESTÁ TRABAJANDO.
- E) AL USAR PEGAMENTO, SE LE INDICARÁ HACERLO CON EL DEDO ÍNDICE DE LA MANO PREFERIDA Y SÓLO EN LAS ESQUINAS DE SUS RECORTES.
- F) SE USARÁN TARJETAS CON DISEÑOS O FORMAS QUE DEBEN TOCARSE SIN QUEDAR ENCIMADAS NI SEPARADAS UNA DE OTRA.
- G) FINALMENTE SE LE HACE CONTAR LAS PIEZAS QUE PEGÓ, NUMERARLAS CORRECTAMENTE Y RECONOCER A QUÉ FIGURAS GEOMÉTRICAS CORRESPONDEN.

LOS MATERIALES QUE SE LE DEN AL NIÑO DEBEN ESTAR PREVIAMENTE GRADUADOS EN CUANTO A SU DIFICULTAD, ELABORACIÓN Y EL TIEMPO EN QUE DEBE MANTENER SU ATENCIÓN CON EL OBJETO DE QUE LO CONCLUYA EN ESE LAPSO Y TENGA UN SENTIMIENTO DE ÉXITO. EN ESTOS EJERCICIOS DE DESTREZA MANUAL, EL NIÑO EJERCITA SU COORDINACIÓN DE OJOS Y MANOS, LA PERCEPCIÓN Y LA DISCRIMINACIÓN DE LA FORMA Y EL COLOR, EL ESPACIO Y SU CAPACIDAD PARA JUZGAR SU

LATERALIDAD. EN LOS EJERCICIOS PREPARADOS PARA DESARROLLAR LA PERCEPCIÓN, SE USARÁN DIBUJOS DE EXTENSIÓN LIMITADA Y COLORES DIFERENTES. LOS QUE MÁS SIRVEN PARA ELABORAR LOS MATERIALES DE ENSEÑANZA SON ROJO, AMARILLO, AZUL, VERDE Y PÚRPURA. ESTOS MATERIALES NO DEBEN ABUNDAR EN DETALLES PUES DISTRAEN LA ATENCIÓN DEL NIÑO RESTÁNDOLE ENERGÍA PARA DESEMPEÑAR SU TAREA.

EN EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD VISO-MOTORA SE USAN MATERIALES COMO: ROMPECABEZAS, ILUMINACIÓN DELIMITADA POR LÍNEAS, EL RECORTE (SIGUIENDO UNA LÍNEA PUNTEADA), EL EJERCICIO DE ESCOGER DOS FIGURAS SEMEJANTES O APAREAR, FORMANDO PAREJAS CON TARJETAS DE CORDONES, COMPLETAR FIGURAS, ESTABLECER SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS, EL USO DE TABLERO CON CLAVIJAS EN EL QUE SE IMITA UN DIBUJO, COPIAR DISEÑOS CON BLOQUES, CON MOSAICOS Y OTROS EJERCICIOS.

EN LOS ENSAYOS DE DISCRIMINACIÓN DE FIGURA Y FONDO, LA META ES ESTABLECER RELACIONES TÉMPORO-ESPACIALES ADECUADAS.

ESTOS NIÑOS PADEGEN DEFICIENCIAS AUDITIVAS O DE PERCEPCIÓN AUDIO-MOTORAS CON CIERTA FRECUENCIA, MISMAS QUE SON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD PARA ATENDER O COMPRENDER ÓRDENES Y CONSECUENTEMENTE, ACTUAR CONFORME A ELLAS. PARA CORREGIR ESTAS DEFICIENCIAS, SE LE DARÁN EJERCICIOS EN LOS QUE DEBA OÍR Y RECONOCER DIFERENTES SONIDOS.

EN MUCHOS CASOS ES INDISPENSABLE EMPEZAR POR AYUDARLO EN EL CONTROL DE MOVIMIENTOS DE SUS MÚSCULOS GRANDES Y DESPUÉS DE LOS MÁS PEQUEÑOS. SE INTENTA PONER EN ACCIÓN LOS MÚSCULOS DE DIFERENTES PARTES DEL CUERPO A TRAVÉS DE EJERCICIOS GIMNÁSTICOS, EL MANEJO DE LA BICICLETA, LA NATACIÓN, ETC. (18)

9. DESARROLLO DE CONCEPTOS ABSTRACTOS.

ESTA CAPACIDAD DE DESARROLLO SUFRE GRAVES TRASTORNOS EN ESTE NIÑO. A LA FALTA DE FORMACIÓN DE CONCEPTOS SE LE HA LLAMADO "DISOCIACIÓN" Y SE REFIERE A LA ALTERACIÓN DE LOS CONCEPTOS NUMÉRICOS, BÁSICAMENTE EN LA RELACIÓN DE LA UNIDAD CON LOS MÚLTIPLOS. ESTO INDICA LA NECESIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS DE INTEGRACIÓN EN EL PROCESO DEL APRENDIZAJE. (19)

CUANDO EL ÁREA DE LA INTEGRACIÓN NO FUNCIONA NORMALMENTE,

SE OBSERVAN DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES DE LA PERCEPCIÓN, RETENCIÓN, ELABORACIÓN DE LAS FORMAS Y UN DEFECTO NOTORIO EN LA ORGANIZACIÓN VISO-MOTORA, LO QUE EXPLICA EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR DEL NIÑO EN LA EJECUCIÓN DE CUALQUIER TAREA ACADÉMICA. ESTO SE DEBE A LA CARENCIA DE POTENCIA INTELLECTUAL EN LA FUNCIÓN DE ABSTRACCIÓN QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA INCOMPENSIÓN POR PARTE DEL NIÑO HACIA LAS TENDENCIAS DE ORGANIZACIÓN PROPIAS DEL PROCESO; AQUÍ, LA META ES DESARROLLAR ESQUEMAS DE ORGANIZACIÓN VISO-ESPACIAL.

EN OCASIONES UN NIÑO PUEDE TENER EXCELENTE MEMORIA Y SIN EMBARGO MOSTRAR UNA INCOMPENSIÓN ABSOLUTA DE LOS PROCESOS ARITMÉTICOS (LO QUE DENOTA SU FALTA DE ORGANIZACIÓN VISO-ESPACIAL).

EN CUANTO AL APRENDIZAJE ABSTRACTO, ÉSTE DEBE SEGUIR EL SIGUIENTE ORDEN: ⁽²⁰⁾ PASAR DEL CONCEPTO NUMÉRICO A LA ESCRITURA Y LUEGO A LA LECTURA. LOS PRIMEROS EJERCICIOS NUMÉRICOS DEBEN SER CONCRETOS, INICIANDO LA TAREA POR LA ADICIÓN Y SIGUIENDO POR LA DISMINUCIÓN, COMPARANDO CONJUNTOS, ETC. CUANDO EL NIÑO YA PUEDE CONTAR, FORMAR GRUPOS Y LOGRAR COMBINACIONES HASTA "SEIS", ES EL MOMENTO DE INTRODUCIR EN SU ENSEÑANZA LOS SÍMBOLOS NUMÉRICOS EN GENERAL.

A CONTINUACIÓN, PROPORCIONO LA QUE PUEDE SERVIR COMO GUÍA PARA LA ENSEÑANZA ARITMÉTICA DE ESTE NIÑO.

A) HACER UN RECUENTO COMO EL NIVEL MÁS SENCILLO DE APRENDIZAJE.

B) PASAR A LA ETAPA DE LA SUMA PARCIAL.

C) SEGUIR A LA UTILIZACIÓN DE GRUPOS O PARTES DE LA TOTALIDAD PARA ALCANZAR LA SUMA.

D) TERMINAR EMPLEANDO LA MULTIPLICACIÓN Y LA CONVERSIÓN.

DE ESTA MANERA SE LOGRARÁ CAPACITAR AL NIÑO EN LA MATERIA, SIN DEJAR DE CONSIDERAR QUE SU DESARROLLO SERÁ LENTO Y EN OCASIONES DESALENTADOR. ⁽²¹⁾

10. ENSEÑANZA DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA.

ÉSTAS ÚLTIMAS SON DESTREZAS QUE REQUIEREN DE CAPACIDADES FISIOLÓGICAS, COMO SON DISCRIMINAR Y RETENER FORMAS, CONCORDARLAS CONTRA SONIDOS DE SIGNIFICANCIA SIMBÓLICA, EJECUTAR MOVIMIENTOS FINOS, ETC.

UNA VARIEDAD DE DESÓRDENES DIFERENTES EN LA FUNCIÓN CORTICAL PUEDE DESORGANIZAR LA LECTURA Y LA ESCRITURA EN EL ADULTO. CUANDO LA DIFICULTAD PARA LEER ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA CON LA LESIÓN CEREBRAL, SE REQUIERE QUE EL TRATAMIENTO SE LLEVE A CABO CON UNA ORIENTACIÓN ORGÁNICA. LA DIFICULTAD QUE TIENEN ESTOS NIÑOS PARA APRENDER A LEER ES UNA MANIFESTACIÓN DE LA EXISTENCIA DE ANORMALIDADES EN LA PERCEPCIÓN Y EN LA CONDUCTA.

CON RESPECTO A LOS PROBLEMAS O TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN VISUAL SE HA OBSERVADO QUE EXISTE UNA TENDENCIA A LA DISTRACCIÓN Y A LA PERSEVERACIÓN. EL NIÑO CON ESTA DIFICULTAD DE APRENDIZAJE SUELE INVERTIR LAS LETRAS, OMITIRLAS, CARECE DE UNA UBICACIÓN ESPACIAL ADECUADA Y POR LO TANTO REQUIERE DE ADIESTRAMIENTO ESPECIAL PARA APRENDER LAS VOCALES. EL NIÑO DEBE ESTAR CAPACITADO PARA RECONOCER LAS PALABRAS QUE CONTENGAN UNA MISMA VOCAL Y EN CUANTO AL APRENDIZAJE DE LAS CONSONANTES SE LOGRA DE LA MISMA FORMA, INICIANDO SU ENSEÑANZA CON AQUELLAS QUE AUDITIVAMENTE SON MÁS SENCILLAS. PARA ESTO SE REQUIERE DE CIERTA DISCRIMINACIÓN AUDITIVA ANTES DE PRESENTAR LA LETRA COMO UN SÍMBOLO VISUAL DEL SONIDO. ASÍ EL NIÑO APRENDERÁ A ARTICULAR EL SONIDO DE LA LETRA MIENTRAS LA ESCRIBE, CON LO QUE LOGRARÁ INTEGRAR LAS PERCEPCIONES VISUALES, AUDITIVAS Y KINESTÉSICAS.

LA MANERA MÁS USUAL DE ENSEÑAR A ESTE NIÑO A ESCRIBIR ES EN FORMA CORRIDA EN VEZ DE UTILIZAR EL MÉTODO DE LETRA POR LETRA, LO CUAL CONFUNDE SU PERCEPCIÓN VISUAL AL VER LOS ESPACIOS ENTRE CADA LETRA EN VEZ DE CONCEBIR LAS PALABRAS COMO UNA GESTALT.

EN GRUPOS DE NIÑOS CON DIFICULTAD DE APRENDIZAJE DE LECTURA ESTUDIADOS POR LOS DRES. M. BAX Y R. MAC KEITH, SE VIO QUE UN FACTOR PREDOMINANTE EN ESTOS GRUPOS ERA LA FALTA DE ORIENTACIÓN EDUCACIONAL Y EL C.I. MÁS BAJO, FACTORES QUE INCLUÍAN EN UN GRAN PORCENTAJE. SE CONCLUYÓ TAMBIÉN QUE EXISTÍA CORRELACIÓN ENTRE EL APRENDIZAJE DE LECTURA Y ESCRITURA LENTA CON EL DESARROLLO IGUALMENTE LENTO DE LA SENSIBILIDAD EN LOS DEDOS. (22)

EL TEST ELABORADO POR GERSTMANN ES DE UTILIDAD PARA DETECTAR LA CAPACIDAD DE LECTURA DEL NIÑO A TRAVÉS DE LOS DEDOS, BASÁNDOSE EN LA CARACTERÍSTICA DE LENTITUD DE SU DESARROLLO DE RETENCIÓN Y DE REPRODUCCIÓN DE CIERTO ORDEN EN EL ESPACIO.

EXISTEN DIFERENTES ESCUELAS CUYOS MÉTODOS PRETENDEN SER --
LOS MÁS ADECUADOS PARA ESTE TIPO DE ENSEÑANZA Y QUISIERA SEÑALAR --
QUE CUALQUIER MÉTODO PUEDE SER EFECTIVO, SIEMPRE QUE MANTENGA --
LOS FACTORES DE CONSISTENCIA Y REGULARIDAD EN SU APLICACIÓN.

11. MÉTODO DE CONDICIONAMIENTO.

ESTE MÉTODO HA SIDO EMPLEADO EN EL ADIESTRAMIENTO DE LA --
CONDUCTA ANIMAL PRINCIPALMENTE. EN CASO DE NECESIDAD TAMBIÉN --
PUEDE UTILIZARSE EN LOS SERES HUMANOS CUANDO EXISTEN FALLAS O --
LIMITACIONES EN EL APRENDIZAJE, O EN LA IMPLANTACIÓN DE CIERTOS --
HÁBITOS.

EL OBJETO DE HACER USO DE TAL MÉTODO ES CREAR EN EL INDI--
VIDUO UN ESTADO DE ÁNIMO DE SATISFACCIÓN ANTE LA OBTENCIÓN DE --
CIERTA CONDUCTA, QUE A SU VEZ LO ESTIMULE PARA ESFORZARSE EN RES--
PONDER ACERTADAMENTE EN OTRA SITUACIÓN. SE PUEDE SUPONER QUE DE --
LAS ACCIONES QUE PRODUCEN SATISFACCIÓN, SURGE FUERZA PARA EL "YO", --
LO QUE VIENE A REFORMAR EL CONCEPTO QUE TIENE UNO DE SÍ MISMO.

EL NIÑO CON S.D.C.M., TIENE UNA CONDUCTA CONSISTENTE EN --
UN NIVEL DISMINUIDO DE SENSIBILIDAD, ANTE LAS RECOMPENSAS EXTER--
NAS POSITIVAS O NEGATIVAS. EL OBJETO PRINCIPAL DE ESTE MÉTODO ES --
PRODUCIR EN ÉL UNA SENSIBILIDAD A LA RECOMPENSA MEDIANTE EL RE--
FORZAMIENTO A TRAVÉS DEL PREMIO A SU CONDUCTA ACERTADA. ESTE --
NIÑO NO PARECE ESFORZARSE EN CAMBIAR, MEJORAR O CONTROLAR SUS --
RESPUESTAS ANTE EL MEDIO, A PESAR QUE DEBIDO A ELLAS RECIBE RE--
CHAZO, CASTIGOS Y RESULTADOS NEGATIVOS. TAL FALLA ANTE EL APREN--
DIZAJE PUEDE SER COGNOSCITIVA O MOTIVACIONAL; ES DECIR, QUE PUE--
DE FALLAR EN COMPRENDER LO QUE SE LE PIDE O POR LO CONTRARIO, --
COMPRENDERLO SIN DESEAR OBEDECER NI HACER CASO. NO HAY QUE OLVI--
DAR QUE UNA REPERCUSIÓN DE LAS LESIONES CEREBRALES ES PRECISAMEN--
TE EL DAÑO PRODUCIDO EN LA CAPACIDAD DE REACCIONAR ANTE LA CON--
DUCTA CONDICIONADA. CON FRECUENCIA LOS PADRES Y MAESTROS DEL NI--
ÑO NO SUELEN TENER CONOCIMIENTO DE ESTAS SITUACIONES, POR LO QUE --
REACCIONAN ANTE LAS ACTITUDES DEL NIÑO CON ENOJO, INCOMPRESIÓN --
E IMPACIENCIA, CREYENDO QUE ÉSTE TIENE DELIBERADAMENTE TALES RES--
PUESTAS, CON EL ÚNICO FIN DE MOLESTAR.

SE HA HABLADO DE LA POSIBILIDAD DE UNA LESIÓN EN EL CONDI-
CIONAMIENTO CLÁSICO. (23) ESTO SE REFIERE A QUE EN EL SER HUMANO -
EXISTEN DOS DIFERENTES REFORZAMIENTOS EN EL CONDICIONAMIENTO. EL
PRIMERO (QUE NO ES APRENDIDO SINO INNATO) Y EL SECUNDARIO (QUE -
SE APRENDE MEDIANTE LA RECOMPENSA, ALABANZA, ETC.). AMBOS SUE--
LEN ESTAR ASOCIADOS; SIN EMBARGO, LA EFICACIA CON QUE TALES ASO-
CIACIONES SE ADQUIEREN, VARÍA. ESTO EXPLICA QUE EL NIÑO CUYA --
CAPACIDAD DE CONEXIÓN ASOCIATIVA ESTÁ DAÑADA, TENDRÁ UNA CONDI--
CIÓN SOCIAL DISMINUIDA. AQUÍ, LA FALLA PARA APRENDER A TRAVÉS -
DE REFORZAMIENTOS SECUNDARIOS PUEDE OBEDECER A UN DAÑO EN EL PRO
CESO DEL CONDICIONAMIENTO.

EL RENDIMIENTO ESCOLAR ES UN PROBLEMA ADICIONAL PUES LOS
PADRES DEL NIÑO CAEN FÁCILMENTE EN ESTADOS DE ANGUSTIA. AL VER
LA INCAPACIDAD DE APRENDIZAJE DEL CHICO, QUE NO LOGRA ALCANZAR -
MEJORES NIVELES ACADÉMICOS LE TRANSMITEN SU GRAN ANGUSTIA, POR -
LO QUE LA DEL NIÑO AUMENTA; Y A MAYOR TENSION, MENOR POSIBILIDAD
DE APRENDIZAJE.

ESTUDIOS EFECTUADOS EN UNA ESCUELA EN ST. LOUIS, POR EL -
DR. STEWART Y SUS COLABORADORES (1966), REPORTAN EL PREDOMINIO --
DEL SÍNDROME HIPERKINÉTICO EN UN 4% DE LA POBLACIÓN DE PRIMARIA
(NIÑOS DE CINCO A ONCE AÑOS). OTROS ESTUDIOS LLEVADOS A CABO POR
MAESTROS EN EL CONDADO DE MONTGOMERY EN MARYLAND, DEMUESTRAN QUE
EL 15% DE LA POBLACIÓN MOSTRABA CARACTERÍSTICAS DE INQUIETUD Y -
EL 22%, PROBLEMAS DE ATENCIÓN. LA RELACIÓN DE INCIDENCIA EN LOS
CASOS CON S.D.C.M. ENTRE NIÑAS Y VARONES RESULTÓ SER DE 4 A 1 --
RESPECTIVAMENTE. (24)

CAPITULO II

NOTAS :

- 1) WENDER, P.H., OP. CIT., P. 129
- 2) GONZAGA S., M., OP. CIT., PP. 31-33
- 3) NARES R., D.: "EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL MÍNIMO", P. 26
- 4) CRUICKSHANK, W.M., OP. CIT., P. 264
- 5) WENDER, P. H., OP. CIT., PP. 110-119
- 6) BAX, M. Y MAC KEITH, R., OP. CIT., PP. 48-50
- 7) CRUICKSHANK, W.M., OP. CIT., PP. 296,297
- 8) WENDER, P.H., OP. CIT., PP. 151,152
- 9) VID. INFRA., CONCLUSIONES P. 97⁺
- 10) WENDER, P. H., OP. CIT., P. 110
- 11) APUD, NARES, PASIM.
- 12) NARES R., D., OP. CIT., P. 102
- 13) CRUICKSHANK, W.M., OP. CIT., PP. 48,49
- 14) IBID., P. 63
- 15) IBID., P. 125
- 16) IBID., P. 140
- 17) APUD., DOMAN DELACATO, P. 125
- 18) CRUICKSHANK, W.M., OP. CIT., PP. 176-187
- 19) NARES R., D., "SALUD MENTAL - ORIENTACIÓN FAMILIAR", P.104
- 20) CRUICKSHANK, W.M., OP. CIT., P. 224,225
- 21) STRAUSS, A.A. ET. AL., PP. 146-149, 155
- 22) BAX, M. Y MAC KEITH, R., OP. CIT., PP. 65, 66
- 23) WENDER, P. H., OP. CIT., PP. 167, 172
- 24) APUD. STEWART, P. 60

CAPITULO III

PRESENTACION DE UN CASO DEL S.D.C.M.

- A) ANTECEDENTES.
- B) HISTORIA CLÍNICA.
 - 1. DATOS GENERALES.
 - 2. MOTIVO DE LA CONSULTA.
 - 3. PADECIMIENTO ACTUAL DEL PACIENTE.
 - 4. ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS.
 - 5. ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE.
 - 6. DESARROLLO POST-NATAL.
 - 7. ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA CON EL PACIENTE.
 - 8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.
 - 9. TRATAMIENTO INDICADO.
- C) MANEJO Y TRATAMIENTO.
 - 1. MANEJO FARMACOLÓGICO.
 - 2. MANEJO PSICOTERAPÉUTICO.
 - A) FASE DE CONFIANZA EN SÍ MISMO.
 - B) FASE DE IDENTIFICACIÓN SEXUAL.
 - C) FASE DE CONTROL DE IMPULSOS.
 - D) FASE DE CONTACTO CON LA REALIDAD.
 - 3. MANEJO PSICO-PEDAGÓGICO.

PRESENTACIÓN DE UN CASO DEL S.D.C.M.

EN ESTE CAPÍTULO HARÉ LA EXPOSICIÓN DEL CASO DE UNA NIÑA QUE ILUSTRÁ CLARAMENTE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME. SU OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO SE HAN PODIDO SEGUIR SIN INTERRUPCIÓN DURANTE DOS AÑOS (1971-1973), TIEMPO QUE LA NIÑA LLEVA INTERNA-DA EN UN HOGAR SUSTITUTO, DONDE RECIBE ATENCIÓN A SU ESTADO DE SALUD FÍSICA Y PSÍQUICA, ASÍ COMO A SU CAPACITACIÓN ESCOLAR Y ADAPTACIÓN SOCIAL. PARA FACILITAR LA UBICACIÓN DEL SUJETO EN ESTE ESTUDIO, LA NIÑA RECIBIRÁ POR NOMBRE "JUANA PÉREZ".

A) ANTECEDENTES.

JUANA DE 6¹¹/₁₂, FUE REMITIDA AL PABELLÓN DE HIGIENE MEN-TAL DE UN HOSPITAL PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE ÍNDOLE PSI--QUIÁTRICA. ESTA DECISIÓN SE TOMÓ MERCED A LA PRESIÓN QUE SOBRE LA MADRE DE JUANA EJERCIÓ LA TRABAJADORA SOCIAL QUE PUDO OBSER-VAR A LA NIÑA EN LA GUARDERÍA A LA QUE ASISTÍA. REPORTA QUE LA NIÑA PRESENTÓ EN EL CUERPO EN VARIAS OCASIONES MARCAS DE QUEMA-DAS DE CIGARRO Y DE PLANCHA, ADEMÁS DE AVERIGUAR A TRAVÉS DE --LOS VECINOS DE JUANA QUE RECIBÍA CASTIGOS Y GOLPES SEVEROS POR PARTE DE SU MADRE.

EN LA ENTREVISTA QUE SE TUVO CON LA MADRE DE JUANA, LA SEÑORA AFIRMÓ QUE LA NIÑA ERA SUMAMENTE DESOBEDIENTE, BERRINCHU-DA Y "CAPRICHOSA", RAZÓN POR LA CUAL SE VEÍA OBLIGADA A REGAÑAR LA Y CASTIGARLA, ENCERRÁNDOLA EN EL BAÑO QUE TIENE BUENA LUZ Y NO TIENE CERRADURA. ADEMÁS, LA SEÑORA AFIRMA QUE LA NIÑA PODÍA SALIR PERO NO LO HACÍA HASTA QUE ELLA SE LO PERMITÍA. AGREGA --QUE EN TALES CASOS JUANA LLORABA Y GRITABA, LUEGO SE CALLABA O SE QUEDABA DORMIDA AHÍ MISMO. AGREGÓ QUE EN ALGUNA OCASIÓN LE LLEGÓ A PEGAR EN SUS "ASENTADERAS CON UNA CHANCLA" PERO QUE NUN-CA LA LASTIMÓ MAYORMENTE. AL PREGUNTARLE SOBRE EL ORIGEN DE --LAS MARCAS Y QUEMADAS DE LA NIÑA EN LOS BRAZOS, MANOS Y PLANTAS DE LOS PIES, PERMANECIÓ PENSATIVA Y LUEGO INDICÓ QUE FUERON PRO-DUCIDAS POR ACCIDENTE, AL CAER LA NIÑA SOBRE PARRILLAS CALIENTES. (LA NIÑA SE QUEJA QUE SU MADRE SE LAS PROVOCÓ).

EN EL REPORTE ENVIADO POR LA GUARDERÍA A LA MADRE, SE --DESCRIBÍA A JUANA CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: FALTA DE

ATENCIÓN, NO OBEDECE A LOS MAESTROS Y PELEA CONSTANTEMENTE CON - SUS COMPAÑERAS. EN UNA OCASIÓN INGIRIÓ PLASTILINA POR LO QUE LA ENVIARON DE EMERGENCIA AL HOSPITAL, DONDE SE LE ATENDIÓ.

DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA QUE SOSTUVO EL MÉDICO INTERLOCUTOR CON JUANA Y SU MADRE PRESENTE, EL MÉDICO PUDO OBSERVAR - QUE AL HABLAR DE LA NIÑA, LA MADRE SE REFERÍA A ELLA CON EL NOM- BRE DE "JUAN" (MASCULINO). AL UTILIZAR ARTÍCULOS EN SU CONVERSA- CIÓN RESPECTO A LA NIÑA, TAMBIÉN FUE NOTORIA SU INSISTENCIA EN - EL USO DEL ARTÍCULO EN MASCULINO. FINALMENTE EL MÉDICO LE PRE-- GUNTÓ A LA SEÑORA LA RAZÓN POR LA CUAL LLAMABA A LA NIÑA "JUAN". LA SEÑORA FIJÓ LA MIRADA UN INSTANTE Y AÑADIÓ: SIEMPRE LA LLAMO - ASÍ, SERÁ DE CARIÑO.

B) HISTORIA CLÍNICA.

1. DATOS GENERALES.

LA NIÑA JUANA PÉREZ DE 6 ¹¹/₁₂, ASISTIÓ POR PRIMERA VEZ - A ENTREVISTA AL PABELLÓN, ACOMPAÑADA POR SU MADRE.

LA PACIENTE PROVIENE DE UN HOGAR INCOMPLETO, DESORGANIZA- DO Y DE BAJO NIVEL SOCIAL, ECONÓMICO Y CULTURAL. LA FAMILIA ES- TÁ CONSTITUIDA POR TRECE HIJOS, CORRESPONDIENTES A TRES DIFEREN- TES PADRES.

EN SU PRIMER MATRIMONIO LA MADRE PROCREÓ A DIEZ HIJOS CON SU MARIDO, DIEZ AÑOS MAYOR QUE ELLA. LOS HIJOS FUERON:

1. VARÓN QUE FALLECIÓ EN UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO
2. VARÓN QUE FALLECIÓ AL MES DE NACIDO POR PROBLEMAS EPI- LÉPTICOS.
3. MUJER VIVA DE 20 AÑOS CASADA CON 4 HIJOS, RESIDE EN EL D.F.
4. MUJER VIVA DE 18 AÑOS, UNIÓN LIBRE CON 2 HIJOS, RESIDE EN TIJUANA Y PROBABLEMENTE SE DEDICA A LA PROSTITUCIÓN.
5. VARÓN VIVO DE 14 AÑOS, CURSA EL 40. AÑO DE PRIMARIA.
6. VARÓN VIVO DE 11 AÑOS, CURSA EL 3ER. AÑO DE PRIMARIA.
7. VARÓN VIVO DE 9 AÑOS, CURSA EL 2DO. AÑO DE PRIMARIA.
- 8, 9 Y 10. LOS ÚLTIMOS TRES ESTÁN INTERNADOS Y CONSTANTE- MENTE PRESENTAN PROBLEMAS DE CONDUCTA, AGRESIVIDAD Y FALTAS A LA AUTORIDAD.

LA SEGUNDA UNIÓN DE LA SEÑORA FUE CON UN HOMBRE NUEVE --

AÑOS MENOR, CON QUIEN SE EMBARAZÓ DE LA PACIENTE. PERO ÉSTE NO QUERÍA TENER HIJOS, RAZÓN POR LA QUE GOLPEABA A LA SEÑORA CON EL OBJETO DE PRODUCIRLE UN ABORTO Y FINALMENTE LA ABANDONÓ.

LA TERCERA UNIÓN DE LA SEÑORA (UNOS MESES ANTES DEL NACIMIENTO DE JUANA) FUE CON UN HOMBRE TRECE AÑOS MÁS JOVEN QUE -- ELLA, CON QUIEN TUVO DOS HIJAS MÁS. ESTE ACTUÓ COMO PADRE DE -- JUANA Y DE SUS DOS HIJAS MÁS PEQUEÑAS (DE 5 AÑOS Y 6/12). DESAFORTUNADAMENTE PARA JUANA SU PADRE LA FUE A VISITAR UN DÍA, LE -- DIJO QUE SU PADRE ERA "ÉL" Y NO EL ACTUAL CÓNYUGE DE SU MADRE. -- POCO DESPUÉS, TAMBIÉN EL CÓNYUGE DE LA SEÑORA ABANDONÓ EL HOGAR. ESTA SEPARACIÓN AFECTÓ BASTANTE A JUANA, QUIEN RECIBÍA ATENCIÓN Y CARIÑO POR PARTE DE ÉL.

2. MOTIVO DE LA CONSULTA.

LA MADRE INDICA QUE HA TRAÍDO A LA NIÑA A CONSULTA CON LA INTENCIÓN DE INTERNARLA EN EL HOGAR SUSTITUTO. JUANA REPRESENTA PARA ELLA UNA GRAN DIFICULTAD DEBIDO A SU COMPORTAMIENTO REBELDE Y A SU CONDUCTA EN GENERAL, LA QUE DESAPRUEBA. UN EJEMPLO DE -- TAL CONDUCTA ES QUE JUANA ACOSTUMBRA IR A LAS CASAS DE LOS VECINOS A PEDIR DE COMER, DICHIENDO QUE SU MADRE NO LE DA. (DATO DEL CUAL DESCONOCEMOS SU VERACIDAD.) LUEGO AGREGÓ QUE TAMBIÉN LE INTERESABA INTERNAR A CLAUDIA, LA HERMANA DE JUANA (DE CINCO AÑOS) PUES ECONÓMICAMENTE NO "SE DABA A BASTO".

ANTE LA EVIDENTE MUESTRA DE INCAPACIDAD POR PARTE DE LA -- MADRE DE JUANA PARA "CUIDAR" DE ELLA Y POR SER EL PROBLEMA NEURO LÓGICO EN LA NIÑA DE ÍNDOLE MÁS SEVERO QUE UN LIGERO DESORDEN DE CONDUCTA, SE ACEPTÓ LA SOLICITUD DE LA SRA. PÉREZ DE INTERNAR A JUANA EN EL HOGAR SUSTITUTO SOLICITADO. POSTERIORMENTE SE LE -- DIO EL INGRESO A SU HERMANA DOS AÑOS MENOR, ACONTECIMIENTO ANTE EL QUE JUANA NO PRESENTÓ MAYOR REACCIÓN.

3. PADECIMIENTO ACTUAL DEL PACIENTE.

JUANA PRESENTA UNA CONDUCTA ANORMAL; SUS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES SON: LA HIPERKINESIA, LA DISMINUCIÓN DE LA ATENCIÓN Y AGRESIVIDAD HACIA LOS DEMÁS NIÑOS. ES "CAPRICHOSA", POCO PER--

SISTENTE EN SUS TAREAS DE LAS QUE SE DISTRAE FÁCILMENTE Y DEJA SIN CONCLUIR. MUESTRA UNA MARCADA TENDENCIA A BUSCAR LA COMPAÑÍA DE MUJERES ADULTAS CON QUIENES PLATICA Y RÍE. EN CAMBIO EN SUS RELACIONES INTER-PERSONALES CON LAS DEMÁS NIÑAS ES AGRESIVA Y DE MODALES "GROSEROS".

EN CUANTO A SU COMPORTAMIENTO GENERAL, ES HÁBIL EN SUS -- TRAVESURAS, EN PEQUEÑOS HURTOS Y EN HACERSE CÓMPLICE DE OTRAS -- NIÑAS, OBSERVANDO ACTITUDES INDEBIDAS Y DE PROVOCACIÓN. NO HA -- LOGRADO ESTABLECER AÚN UNA AUTO-IMAGEN CUYA IDENTIFICACIÓN SEXUAL ESTÉ CLARAMENTE DEFINIDA. TODAVÍA CONFUNDE LOS ROLES DE UNA Y -- OTRA FIGURA SEXUAL Y TIENDE A IDENTIFICAR LAS FIGURAS POR SUS -- CARACTERÍSTICAS EXTERNAS MÁS OBVIAS. EN SU APRENDIZAJE MUESTRA TENER GRANDES DIFICULTADES, DEBIDO QUIZÁ A SU POCA CAPACIDAD DE FIJAR LA ATENCIÓN Y SU GRAN FACILIDAD PARA DISTRAERSE. FRECUENTEMENTE ACTÚA COMO DÉBIL MENTAL Y HACE JUSTAMENTE LO OPUESTO DE LO QUE SE LE PIDE. ES MENTIROSA, EVADE CONTESTAR LO QUE SE LE PREGUNTA Y MUESTRA RASGOS MARCADOS DE DESTRUCTIVIDAD.

SE LE HIZO UNA SERIE COMPLETA DE ESTUDIOS CLÍNICOS EN LOS QUE SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES DATOS.

- ESTUDIO DERMATOLÓGICO:

PRESENTA EN VARIAS PARTES DEL CUERPO: VERRUGA VULGARIS.

- ESTUDIO NEUROLÓGICO:

SE LE DIAGNOSTICÓ COMO UNA NIÑA HIPERKINÉTICA, AGRESIVA, CUYO C.I. ES LIMÍTROFE Y SU EXAMEN ESTADO NEUROLÓGICO PARECE NORMAL.

- ESTUDIO PEDIÁTRICO:

SE OBSERVABAN EN LA NIÑA CARIES DENTALES DE VEINTE GRADOS, EN LAS QUE SE PRACTICARON OBTURACIONES CON AMALGAMA; PRESENTA AMIGDALITIS CRÓNICA Y UNA HERNIA UMBILICAL (DE 0.5 CMS. DE ORIFICIO EXTERNO).

- EXÁMENES DE LABORATORIO.

1. BIOMETRÍA HEMÁTICA: NORMAL.
2. EXAMEN GENERAL DE ORINA: NORMAL.
3. EXÁMENES COPROPÁRASITOSCÓPICOS (EN SERIE), SE ENCONTRO: ENDAMOEBIA COLI Y GIARDIA LAMBLIA.
4. EXUDADO VAGINAL: NEGATIVO.

- ESTUDIO ELECTROENCEFALOGRÁFICO.

RESULTÓ ANORMAL, PRESENTANDO UNA ACTIVIDAD DE BASE MÁS -- LENTA PARA LA EDAD DE LA PACIENTE, CON CIERTO PREDOMINIO EN LA -- REGIÓN TÉMPORO-OCCIPITAL IZQUIERDA. SE INICIÓ SU TRATAMIENTO EL 8-X-70, CON ETOSUXIMIDA (ZANNTIN) CÁPSULAS DE 250 MG., UNA POR LAS MAÑANAS Y BENZODIAZEPINA (LIBRIUM) 5 MG. POR LAS NOCHES. LA NIÑA MOSTRÓ EMPEORAMIENTO DE LA CONDUCTA, POR LO QUE SE LE CAMBIÓ EL TRATAMIENTO (EL 9-XI-70) POR CARBAMACEPINA (TEGRETOL) 200 MG. AL DÍA, CON LO CUAL MANIFESTÓ CIERTA MEJORÍA EN SU CONDUCTA, PERO AÚN PERSISTE EN GENERAL LA SINTOMATOLOGÍA PRINCIPAL.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS.

EL PADRE DE JUANA TENÍA 28 AÑOS EN EL MOMENTO DE LA PROCREACIÓN Y LA MADRE 37 AÑOS. SE DESCONOCEN LOS DATOS REFERENTES A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL PADRE ASÍ COMO LOS DE SUS CONDICIONES PREVIAS DE VIDA. SÓLO SE SABE QUE DESPUÉS DE PROCREAR A LA PACIENTE SE CASÓ CON OTRA MUJER CON QUIEN TUVO UNA HIJA.

SOBRE LA MADRE SÍ SE TIENE INFORMACIÓN: EN CUANTO A SU SALUD MENTAL: AL PARECER, TUVO UN ACCIDENTE A LA EDAD DE SEIS AÑOS, GOLPEÁNDOSE FUERTEMENTE LA CABEZA CON EL FILO DE UNA BANQUETA Y SUFRIENDO UN HUNDIMIENTO DE LA REGIÓN FRONTAL. RECIBIÓ AUXILIO DE LA CRUZ ROJA Y POSTERIORMENTE YA ESTANDO CASADA A LOS 23 AÑOS DE EDAD LA OPERARON EN EL HOSPITAL GENERAL. LE FUERON SUSTRÁIDOS VARIOS COÁGULOS Y SE LE DIJO A SU ESPOSO QUE LA SEÑORA CORRÍA PELIGRO DE PERDER LA RAZÓN SI RECIBÍA ALGÚN GOLPE O IMPRESIÓN FUERTE. DESDE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PADECE DE FUERTES DOLORES DE CABEZA Y ATAQUES DE TIPO EPILÉPTICO. PADECE TAMBIÉN DE BOCIO Y DE UNA HERNIA EN EL ABDOMEN.

EN CUANTO A SUS CONDICIONES DE VIDA SE TIENEN LOS SIGUIENTES DATOS: ACTUALMENTE LA SEÑORA TIENE CUARENTA AÑOS; QUEDÓ HUÉRFANA DE MADRE A LA EDAD DE CINCO AÑOS, Y DE PADRE A LOS NUEVE AÑOS. SU MADRE MURIÓ DEBIDO A FUERTES HEMORRAGIAS NO ESPECIFICADAS Y SU PADRE, DEBIDO A UN PADECIMIENTO CARDIACO. POR ESTA RAZÓN VIVIÓ CON SU MEDIA HERMANA (PRODUCTO DE LA PRIMERA UNIÓN DE LA MADRE DE AMBAS), QUE ES DIEZ AÑOS MAYOR QUE ELLA. A LOS TRECE AÑOS DE EDAD ABANDONÓ LA CASA DE SU HERMANA, PUES ESTA SE CASÓ Y ELLA TENÍA FRECUENTES PROBLEMAS CON SU CUÑADO. DE

AHÍ FUE A BUSCAR TRABAJO A CASA DE UNOS ANTIGUOS AMIGOS DE SUS PADRES Y CONOCIÓ AL PADRE DE SUS DIEZ PRIMEROS HIJOS, CON ÉL QUE SE CASÓ DESPUÉS DE DOS AÑOS DE CONOCERLO SIN SENTIRSE ENAMORADA EN LO MÁS MÍNIMO, (TENÍA ENTONCES DIECISÉIS AÑOS). DICE HABER -- RESENTIDO MUCHO EL CAMBIO DE VIDA AL CASARSE PUES HASTA ENTONCES NO HABÍA TENIDO PROBLEMAS ECONÓMICOS Y A PARTIR DE SU MATRIMONIO EMPEZÓ A TENER CONSTANTES PRIVACIONES. EL MATRIMONIO DURÓ CATORCE AÑOS, PERO AL DESCUBRIR ELLA QUE SU MARIDO SE HABÍA CAMBIADO DE NOMBRE EN EL ACTA DE MATRIMONIO, ELLA REGISTRÓ A SUS HIJOS -- CON "SU" NOMBRE, SEPARÁNDOSE DE ÉL Y DICIENDO QUE LO HACÍA DEBIDO A LOS MALOS TRATOS QUE RECIBÍA Y DEBIDO A QUE ÉL NO LE DABA -- DINERO. SOBRE SUS COSTUMBRES DE VIDA SÓLO SE SABE QUE ES UNA -- PERSONA DESORGANIZADA, DESADAPTADA SOCIALMENTE, SIN CAPACIDAD DE DAR AFECTO A LA NIÑA Y CON BROTES DE AGRESIVIDAD QUE DESCARGA EN ESTA ÚLTIMA. LA RECHAZA MARCADAMENTE Y BUSCA DESHACERSE DE ELLA INTERNÁNDOLA.

EN CUANTO A SU CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA DE JUANA, DE SU INQUIETUD Y DE SU "APARENTE DESOBEDIENCIA", SU COMPRENSIÓN ES NULA. SE DESESPERA FÁCILMENTE CON ELLA, LA GOLPEA Y MARTIRIZA, EN SU INCAPACIDAD DE CONTROLARLA.

5. ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE.

REFERENTE AL CURSO DEL EMBARAZO DE JUANA, SE TIENEN LOS SIGUIENTES DATOS: LA NIÑA ES PRODUCTO DEL ONCEAVO EMBARAZO DE OCHO MESES DE GESTACIÓN, PERÍODO QUE CURSÓ CON AMENAZA DE ABORTO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE. RELATA LA MADRE QUE POSIBLEMENTE -- ESTO FUE DEBIDO A LOS GOLPES Y MALOS TRATOS QUE RECIBÍA POR PARTE DEL PADRE DE JUANA QUE NO QUERÍA QUE ÉSTA NACIERA.

SE TIENEN POCOS DATOS EN RELACIÓN A LAS CONDICIONES EN -- LAS QUE EL PARTO SE LLEVÓ A CABO; SE SABE QUE LA SRA. FUE ATENDIDA EN UN HOSPITAL Y LA NIÑA PERMANECIÓ EN INCUBADORA DURANTE SU PRIMER MES DE VIDA. SU PESO AL NACER FUE DE 2 KGS. NO SE TIENEN DATOS REGISTRADOS EN CUANTO A SU REACCIÓN AL ALIMENTO NI A SUS -- REACCIONES A ESTÍMULOS EXTERNOS.

6. DESARROLLO POST-NATAL

EL DESARROLLO PSICO-MOTRIZ DE JUANA FUE APARENTEMENTE NORMAL. REFIERE LA MADRE QUE EN EL DESARROLLO DE SU LENGUAJE TAMBIÉN FUE NORMAL. SIN EMBARGO, TODAVÍA SE NOTA EN LA NIÑA UN LIGERO DÉFICIT EN LA COMPRESIÓN DE ALGUNAS PALABRAS SENCILLAS, EN SU PRONUNCIACIÓN Y EN LA MANERA ERRÓNEA COMO EMPLEA OTRAS.

EN SU DESARROLLO PSICO-SOCIAL, MOSTRÓ DESDE MUY PEQUEÑA UNA CONDUCTA "REBELDE, CAPRICIOSA", DESOBEDIENTE, AGRESIVA Y MENTIROSA.⁺ DICE LA MADRE QUE A LA NIÑA NUNCA LE LLAMARON LA ATENCIÓN LAS MUÑECAS, QUE EN UNA OCASIÓN LE ARRANCÓ BRAZOS Y PIERNAS A UNA DE ELLAS Y EN CAMBIO, BUSCABA LA COMPAÑÍA Y LA ATENCIÓN DE LOS HOMBRES. SUS RELACIONES INTER-PERSONALES CON SUS HERMANAS HAN SIDO DE CONSTANTES AGRESIONES Y ABUSO DE LAS MENORES; MOSTRANDO ADEMÁS ACTITUDES CRUELES HACIA LOS ANIMALES.

EN CUANTO A LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO, SE TIENE REGISTRO DE ALGUNAS: SARAMPIÓN Y VARICELA, SIN DATOS DE COMPLICACIONES. PEDICULOSIS EN LA CABEZA Y ANEMIA HIPOCRÓNICA.

7. ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA CON EL PACIENTE.

ES UNA ESCOLAR ALIÑADA, ASEADA, DE CONSTITUCIÓN DELGADA Y UN POCO PÁLIDA Y OJEROSA.

AL ENTRAR AL CONSULTORIO DENOTA TIMIDEZ, FRANCA ANSIEDAD Y TENSIÓN EMOCIONAL. EN UN PRINCIPIO SE RESISTE A COOPERAR AL INTERROGARLA PERO ANTE LA INSISTENCIA Y JUEGOS QUE EL EXPLORADOR REALIZA CON ELLA, SU TENSIÓN DISMINUYE Y ACCEDE A PLATICAR DE LOS COLLARES QUE ESTÁ HACIENDO, DE LOS NOMBRES DE LAS MAESTRAS QUE RECUERDA Y MENCIONA TAMBIÉN QUE NO TIENE PAPÁ. DE PRONTO DEJA DE COOPERAR Y SU CONDUCTA SE VUELVE REACIA, MUESTRA UNA TENDENCIA AL LLANTO Y FALTA DE ESPONTANEIDAD, ANSIEDAD Y RASGOS DE DEPRESIÓN.

CON DIFICULTAD SE LOGRA QUE EJECUTE ALGUNOS MOVIMIENTOS DE EXPLORACIÓN QUE SE LE PIDEN, EN LOS QUE DEMUESTRA TENER UNA LIGERA INCOORDINACIÓN MOTORA QUE SUPERA ANTE LA REPETICIÓN DE

⁺ ESTE TEMA ES TRATADO CON MÁS AMPLITUD EN EL CAP. I, P. 16

ÉSTOS.

SU RENDIMIENTO INTELECTUAL SE VE LIGERAMENTE DISMINUIDO. ESCRIBE SU NOMBRE TORPEMENTE CON LETRA DE IMPRENTA, HACE ALGUNAS VOCALES PERO NO LAS RECONOCE POR SUS NOMBRES. ES DIESTRA Y SU COORDINACIÓN VISO-MOTORA NO PARECE ESTAR MUY DAÑADA. MUESTRA -- DIFICULTAD DE RELACIÓN CON FIGURAS DEL SEXO MASCULINO ANTE QUIENES PERMANECE CALLADA Y DISTANTE.

EL REPORTE ACADÉMICO REFIERE QUE LA CONDUCTA DE JUANA ES "MALA", NO PONE ATENCIÓN, NO OBEDECE, ES AGRESIVA Y DIFÍCIL DE CONTROLAR. ADEMÁS DE NO MOSTRAR SIGNOS DE ADAPTACIÓN SOCIAL NI DE APRENDIZAJE EN NINGUNA MATERIA.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.

TRASTORNOS EMOCIONALES COMO RESULTADO DE SU CONVIVENCIA EN UN AMBIENTE FAMILIAR INADECUADO Y MAL SANO Y DEL TRATO INDEBIDO QUE HA RECIBIDO ANTE SUS PROBLEMAS DE CONDUCTA Y DESARROLLO.

9. TRATAMIENTO INDICADO.

A) FARMACOLÓGICO: TEGRETOL (1 COMPRIMIDO AL DÍA) Y PACITRAN (LENTO) Y EN CÁPSULAS (UNA CÁPSULA POR LA NOCHE).

SE CREE QUE AL ATENDER EL ASPECTO NEUROLÓGICO QUE ESTÁ -- AFECTANDO SU COMPORTAMIENTO EN GENERAL, SE PODRÁN OBTENER MEJORES RESULTADOS EN LAS ÁREAS INTELECTUALES Y EMOCIONALES DE LA -- PACIENTE.

B) PSICO-TERAPÉUTICO: MANEJO INDIVIDUAL DE LA NIÑA, BASADO EN UN TRATO DE APOYO, CONFIANZA Y AFECTO POR PARTE DEL TERAPEUTA, DÁNDOLE PAUTAS ESTRUCTURADAS DE COMPORTAMIENTO A SEGUIR Y PAULATINAMENTE, DE ACUERDO A SUS AVANCES, TRABAJAR SOBRE LA MODIFICACIÓN DE SU CONDUCTA.

C) PSICO-PEDAGÓGICO: SE SUGIERE HACERLE UN ESTUDIO PSICOLÓGICO COMPLETO, UN E.E.G. Y VER SUS POSIBILIDADES REALES DE -- APRENDIZAJE ANTES DE TOMAR OTRAS DECISIONES.

ESTUDIO PSICOLÓGICO.

SE LE APLICÓ LA SIGUIENTE BATERÍA DE PRUEBAS.

- RORSCHACH
- C.A.T.-H.
- DIBUJOS DE FAMILIA.
- FRASES INCOMPLETAS.
- WISC.
- BENDER.

EN RESÚMEN, SE PUEDE AFIRMAR QUE LAS RESPUESTAS DE JUANA DENOTAN UNA CAPACIDAD DE RENDIMIENTO INTELECTUAL UN POCO SUPERIOR A LA QUE ESTÁ UTILIZANDO ACTUALMENTE ADEMÁS DE CORRESPONDER A UN NIVEL DE MADUREZ INFERIOR AL DE SU EDAD CRONOLÓGICA. MUESTRA -- SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD, UNA AUTO-IMAGEN DEVALUADA Y GRAN -- NECESIDAD DE APOYO, AFFECTO Y DEPENDENCIA CON UN FUERTE TEMOR DEL RECHAZO. LA IMAGEN POBRE QUE TIENE DE SÍ MISMA OBEDECE AL TRATO QUE HA RECIBIDO EN SU HOGAR (CASTIGOS, AMENAZAS Y DEVALUACIONES), POR LO QUE SU NECESIDAD DE RECIBIR ACEPTACIÓN Y AFFECTO ES EMINENTE. EN CUANTO A SU C.I., EN LA ESCALA VERBAL OBTUVO UN PUNTAJE DE 90 (PROMEDIO) Y EN LA DE EJECUCIÓN UN PUNTAJE DE 72 (LÍMITE). EN LA ESCALA TOTAL SU NIVEL FUE DE 80, CORRESPONDIENTE A UNA CAPACIDAD NORMAL BAJA, DEBIDO A QUE SU ATENCIÓN ES DISPERSA Y SU COORDINACIÓN VISO-MOTORA ES BAJA. TAMBIÉN SE DETECTÓ UNA POSIBLE ORGANICIDAD, DEBIDO A SU INCAPACIDAD DE REALIZAR LÍNEAS RECTAS, CURVAS Y ÁNGULOS, ADEMÁS DE PRESENTAR RASGOS DE PERSEVERACIÓN, ROTACIÓN Y FRAGMENTACIÓN DE IMÁGENES.

SE REFERIRÁ A LA NIÑA A TRATAMIENTO DE PSICOTERAPIA DE -- JUEGO, EL QUE SERÁ ENFOCADO A SUS NECESIDADES DE ADAPTACIÓN Y -- AFFECTO QUE SON FACTORES QUE POSIBLEMENTE CONTRIBUYEN EN GRAN PARTE A SU CONDUCTA ERRÁTICA, YA QUE CON EL OBJETO DE LLAMAR Y RECIBIR ATENCIÓN DEL ADULTO TIENE ACTITUDES INADECUADAS CONSTANTEMENTE, MUESTRA DE SU NECESIDAD DE AYUDA PSICOLÓGICA.

- REPORTE PEDAGÓGICO.

EL REPORTE ELABORADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL Y LAS EDUCADORAS QUE VIERON A JUANA, CONTENÍA LOS SIGUIENTES DATOS:

- 1) RASGOS CARACTEROLÓGICOS: LA NIÑA ES EXIGENTE, MANIPULADORA Y EGOCÉNTRICA A PESAR DE SU GRAN INSEGURIDAD.
- 2) MANEJO DE LA AFFECTIVIDAD: MUESTRA UNA MARCADA NECESIDAD

DE RECIBIR AFECTO Y APROBACIÓN, LO CUAL EXIGE CUANDO ACTÚA ADECUADAMENTE.

3) MANEJO DE LOS IMPULSOS AGRESIVOS: LOS EXPRESA ABIERTAMENTE, EN FORMA VERBAL Y FÍSICA, CUIDANDO DE NO SER VISTA EN SUS ACTITUDES AGRESIVAS O DESTRUCTIVAS.

4) RELACIONES INTER-PERSONALES: SUS RELACIONES CON NIÑOS DE SU EDAD SON SUPERFICIALES Y MOMENTÁNEAS, NO PUEDE ENTABLAR AMISTAD POR SER MANIPULADORA, INTRANSIGENTE Y DE CARÁCTER IMPREDECIBLE.⁺ CON LOS ADULTOS DE SEXO FEMENINO SE RELACIONA FÁCILMENTE, OBTENIENDO LO QUE DESEA A BASE DE SER AFECTUOSA, SERVICIAL Y PLATICADORA. EN CAMBIO MUESTRA Poca FACILIDAD PARA ENTABLAR RELACIONES CON ADULTOS DE SEXO MASCULINO, A QUIENES POR LO GENERAL TEME. SIN EMBARGO, A UN MAESTRO QUE TUVO LO LLAMABA "PAPÁ", CON LO QUE LOGRÓ GANAR SU AFECTO Y AL DIRECTOR DE LA ESCUELA LO LLAMABA "ABUELITO", OBTENIENDO RESULTADOS SEMEJANTES. ESTOS COMENTARIOS MUESTRAN SU CAPACIDAD DE BUSCAR EL LADO POSITIVO DE LAS SITUACIONES PARA OBTENER GANANCIAS EN EL PLANO AFECTIVO (QUE TANTO NECESITA).

SE RECOMIENDA MANEJARLA A BASE DE COMPRENSIÓN Y AFECTO SIN DESCUIDAR LOS MARCOS DE REFERENCIA QUE ELLA DEBERÁ OBSERVAR, PUES CON FACILIDAD IGNORA LAS PAUTAS PERMITIDAS DE CONDUCTA Y TIENDE A SOBREPASARSE.

C) MANEJO Y TRATAMIENTO.

EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE ESTA NIÑA SE CONSIDERARON LOS TRES ASPECTOS PRINCIPALES DE SU DESARROLLO INTEGRAL: 1) EL FARMACOLÓGICO, 2) EL PSICOTERAPÉUTICO Y 3) EL PEDAGÓGICO. DE ESTA MANERA SE HAN PODIDO SEGUIR LOS PASOS DE SU DESARROLLO Y BRINDARLE CONDICIONES ÓPTIMAS A PESAR DE SU SITUACIÓN ORGÁNICA, EMOTIVA Y SOCIO-CULTURAL, QUE DESDE LUEGO NO SON FACTORES DE BENEFICIO PARA ELLA. SIN EMBARGO, JUANA HA RESPONDIDO, ESFORZÁNDOSE AL MÁXIMO, POR LO QUE ACTUALMENTE SU CONDICIÓN ES CASI SEMEJANTE A LA DE SUS PARES AUNQUE TODAVÍA MUESTRA DÉFICIT EN SUS FUNCIONES COGNOSCITIVAS.

⁺MAYOR INFORMACIÓN SOBRE EL TEMA, SE ENCUENTRA EN EL CAP. I, P.19

1. MANEJO FARMACOLÓGICO.

LA NIÑA HA ESTADO EN TRATAMIENTO CON LOS PSICOFÁRMACOS -- SEÑALADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA. LA INFORMACIÓN OBTENIDA ES -- QUE MUESTRA UNA MARCADA MEJORÍA EN SU CONDUCTA. ACTUALMENTE ES MENOS INQUIETA Y AGRESIVA, TIENE UNA CONDUCTA POSITIVA Y DE COOPERACIÓN EN LO QUE SE ESPERA DE ELLA, CONTRARIA A SU INICIAL CONDUCTA NEGATIVISTA Y DESOBEDIENTE.

SU ACTITUD CON EL MÉDICO QUE LA VE HA CAMBIADO DE MATIZ -- FINALMENTE, YA QUE DURANTE LARGO TIEMPO FUE DE RECHAZO HACIA ÉL Y CON FUERTE RESISTENCIA A ENTABLAR UNA RELACIÓN AMISTOSA. ESTO PARECE SER UN RASGO DEL COMPORTAMIENTO GENERAL SOCIAL "DE DISTANCIA", QUE ELLA MANTENÍA HACIA PERSONAS DEL SEXO MASCULINO. RADICALMENTE OPUESTO AL QUE OBSERVA CON PERSONAS DEL SEXO FEMENINO; JUANA ES "AMIGA" O CONOCE DE NOMBRE A ENFERMERAS, SECRETARIAS, TELEFONISTAS, PERFORISTAS Y PSICÓLOGAS DEL HOSPITAL.

LOS TRASTORNOS DE SUEÑO QUE PRESENTABA HAN DISMINUIDO CONSIDERABLEMENTE. EN CUANTO A SU ACTITUD ANTE LOS ALIMENTOS, SE HA MODIFICADO UN POCO Y YA PUEDE ESPERAR ALGÚN TIEMPO SIN COMER. SU CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN HA MEJORADO CON LO CUAL SU APRENDIZAJE EMPIEZA A HACERSE EVIDENTE.

2. MANEJO PSICOTERAPÉUTICO.

EL TRATAMIENTO DE JUANA SE INICIÓ EN FORMA DE PSICOTERAPIA DE JUEGO EN FEBRERO DE 1971. DURANTE ESE AÑO TUVO SESIONES DE UNA HORA, TRES VECES A LA SEMANA.

LAS CAUSAS POR LAS CUALES LA NIÑA FUE REMITIDA A TRATAMIENTO FUERON: INDISCIPLINA, AGRESIVIDAD Y UNA APARENTE INCAPACIDAD DE SEGUIR INSTRUCCIONES.

LA PRIMERA FASE DE LA PSICOTERAPIA CONSISTIÓ EN ESTABLECER CONTACTO INMEDIATO CON LAS ENCARGADAS DE LA NIÑA EN EL HOGAR SUSTITUTO, CON EL OBJETO DE OBTENER SU COOPERACIÓN, LA QUE RADICABA EN BRINDARLE APOYO Y ACEPTACIÓN A BASE DE AFECTO, DEL QUE CARECÍA POR COMPLETO. AL MANTENER UNA RELACIÓN CONTINUA CON LAS PERSONAS QUE INTEGRABAN EL MEDIO AMBIENTE DE JUANA, LA TERAPEUTA PUDO OBSERVARLA EN SU FORMA DE CONVIVENCIA E INTER-RELACIONES SOCIALES.

LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO TENÍAN POR METAS LOGRAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- A) CONFIANZA EN SÍ MISMA.
- B) IDENTIFICACIÓN SEXUAL.
- C) CONTROL DE IMPULSOS.
- D) MEJOR CONTACTO CON LA REALIDAD.

COMO RESULTADO DEL MANEJO TERAPÉUTICO DE ESTOS ASPECTOS - CON LA PACIENTE SE OBTENDRÍA SU ADAPTACIÓN AL NUEVO HOGAR SUSTITUTO Y SU SOCIALIZACIÓN EN GENERAL.

EN EL PRIMER CONTACTO QUE LA TERAPEUTA ENTABLÓ CON JUANA, ÉSTA MOSTRÓ SU GRAN NECESIDAD DE AFECTO (MEDIANTE SU CONTACTO -- FÍSICO), SIENDO ÉSTE DE CARÁCTER AGRESIVO. EN UN DESCUIDO DE LA TERAPEUTA, LA NIÑA LE JALÓ UNA OREJA MIENTRAS JUGABA SENTADA SOBRE SUS PIERNAS. AQUÍ EMPEZÓ EL TRATAMIENTO, PROPIAMENTE DICHO.

A) FASE DE CONFIANZA EN SÍ MISMO.

ERA FUNDAMENTAL DESARROLLAR ESTE SENTIMIENTO EN LA NIÑA, YA QUE DEBIDO AL CAMBIO SUFRIDO DE SU HOGAR AL SUSTITUTO, SE ENCONTRABA ASUSTADA E INSEGURA. POR ELLO SU ACTITUD ERA DEFENSIVA -AGRESIVA. SE CONSIDERÓ QUE EL FACTOR PRINCIPAL PARA DESARROLLAR TAL SENTIMIENTO ERA TENER UNA ACTITUD DE ACEPTACIÓN TOTAL Y AFECTO CON ELLA. POR TAL RAZÓN LA TERAPEUTA DEBÍA ASUMIR EL PAPEL DE FIGURA MATERNA CUYO OBJETIVO ERA SUPLIR LA AUSENCIA REAL DE DICHA FIGURA. EL QUE JUANA HUBIERA RECIBIDO UN TRATO POCO -- AFECTUOSO POR PARTE DE SU MADRE, NO IMPEDÍA QUE LA SEPARACIÓN -- ACTUAL LA HICIERA AÑORAR SU HOGAR Y SENTIRSE DESPROTEGIDA EN UN AMBIENTE DESCONOCIDO. CONSECUENTEMENTE LA TERAPEUTA INTENTARÍA LLENAR EL VACÍO AFECTIVO DE JUANA Y BRINDARLE PROTECCIÓN CON EL OBJETO DE HACERLE RECUPERAR LA TRANQUILIDAD.

FRECUENTEMENTE JUANA ACTUABA IMPULSIVA Y EQUÍVOCADAMENTE, VOLTEANDO A VER A LA TERAPEUTA EN ACTITUD DE DESCONFIANZA. SIEMPRE OBTENÍA UNA RESPUESTA O MIRADA DE COMPRENSIÓN. PAULATINAMENTE LA TERAPEUTA EMPEZÓ A MARCARLE SUS ERRORES EN FORMA SUAVE, -- HACIÉNDOLE VER EL PORQUÉ DE ELLO. AL PRINCIPIO JUANA PRETENDÍA IGNORAR LOS "LLAMADOS DE ATENCIÓN", O EXPLICACIONES Y CONTINUABA EN SU MONÓLOGO LARGO Y REPETITIVO. ESTA FASE DURÓ CASI MEDIO -- AÑO, DURANTE EL CUAL LA ACTITUD DE LA PSICOTERAPEUTA ERA CONSTAN

TE, MARCANDO LOS "NOS" Y ALABANDO CON "SÍ" LA CONDUCTA DE SU PACIENTE, QUIEN APARENTABA IGNORAR HASTA CIERTO PUNTO LA VIDA A SU ALREDEDOR.

UNA VEZ QUE DICHA CONFIANZA FUE EXPERIMENTADA POR LA NIÑA, EMPEZÓ A DEMOSTRAR GUSTO Y ACIERTO AL DESEMPEÑAR ACERTADAMENTE DETERMINADA TAREA. PARA SENTIR "ESA" CONFIANZA EN ELLA MISMA FUE NECESARIO QUE ANTERIORMENTE LA TERAPEUTA SE LA BRINDARA CONSISTENTEMENTE. AL SENTIR QUE ERA DIGNA DE CONFIAR ANTE ELLA, EMPEZÓ A ADQUIRIR CONFIANZA EN SÍ MISMA LO QUE A SU VEZ EMPEZÓ A REFLEJARSE EN SUS ACTITUDES Y MODO DE EXPRESARSE.

b) FASE DE IDENTIFICACIÓN SEXUAL.

PARA LOGRAR ESTA IDENTIFICACIÓN, PRIMERAMENTE SE TRABAJÓ SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DIRECTA DE JUANA CON LA IMAGEN DE LA PSICOTERAPEUTA (QUE ERA UNA MUJER JOVEN, DE RASGOS FEMENINOS, VOZ CÁLIDA Y PERSONALIDAD AFECTUOSA). HABIENDO LOGRADO ESTO, SE EMPEZÓ A TRABAJAR CON LA NIÑA EL ASPECTO DE "RECONOCIMIENTO" DE SÍ MISMA, DE SUS FUNCIONES, TAREAS Y COMPORTAMIENTO ADECUADO, EL CUAL LE ERA MUY DIFÍCIL DE ACEPTAR. EN CUANTO LA INTERPRETACIÓN ACERCA DE LA CONDUCTA DE JUANA EMPEZABA A DEJAR DE SER FAVORABLE PARA ELLA, SACABA EL TRICICLO DEL CUARTO DE JUEGO Y DECÍA: - ¡ADIÓS! NO ME GUSTA OÍR ESAS COSAS, EL SOL BRILLA MUCHO Y ME VOY A PASEAR, YA ME VOY,⁺

c) FASE DE CONTROL DE IMPULSOS.

ESTE ASPECTO FUE SIN DUDA ALGUNA EN EL QUE LA NIÑA TUVO QUE REALIZAR MÁS ESFUERZO. A PESAR DE QUE LA TÉCNICA DE LA TERAPEUTA ERA "DEJARLA ACTUAR" (DENTRO DE CIERTOS LÍMITES) E IR ESTABLECIENDO LAS FRONTERAS REQUERIDAS MUY LENTAMENTE, LA NIÑA CONTINUABA PRESENTANDO ACTITUDES INDEBIDAS. HAY QUE CONSIDERAR QUE NO FUE UN FACTOR DE AYUDA EN SU TRATAMIENTO EL HECHO DE QUE ELLA ESTUVIERA CONSTANTEMENTE CAMBIANDO DE FIGURAS ADULTAS A SU CARGO EN EL HOGAR SUSTITUTO. DESDE UN PRINCIPIO MOSTRÓ SER MANIPULADORA Y "CONVENENCIERA" POR LO QUE LOGRABA OBTENER FÁCIL--

⁺ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTE TEMA, VEASE EL CAP. I, P. 21

MENTE LO QUE DESEABA. CON TALES RESULTADOS ERA OBVILO QUE NO QUI-
 SIERA ABANDONAR SU FORMA DE RELACIONARSE. EN VARIAS OCASIONES -
 SE DIRIGIÓ A LA TERAPEUTA EN TONO DE AMENAZA, DICIÉNDOLE: SI NO
 ME DAS ESA MUÑECA, YA NO VENDRÉ A CONSULTA Y TENDRÁS QUE VER A -
 OTRA NIÑA "MÁS GROSERA" QUE SE LLAMA PANCHITA; ¿PREFIERES VERLA
 A ELLA PARA SIEMPRE? EN TALES SITUACIONES LA TERAPEUTA LE RES--
 PONDÍA CON SERIEDAD: SI DEJAS DE VENIR TE RECORDARÉ UNOS DÍAS --
 PERO LUEGO ESTARÉ OCUPADA CON PANCHITA, ¿QUIERES QUE ESO OCURRA?
 FINALMENTE JUANA LE PIDIÓ A SU TERAPEUTA QUE LA LLAMARA JUANITA
 YA QUE ERA UN NOMBRE MÁS BONITO QUE JUANA. EN ESTA ETAPA JUANA
 YA ESCUCHABA Y ACEPTABA CIERTAS INTERPRETACIONES PERO TODAVÍA SE
 DEFENDÍA DE ELLAS DANDO EXPLICACIONES ELABORADAS. DURANTE LOS -
 ÚLTIMOS MESES DE SU TRATAMIENTO TERAPÉUTICO, LA NIÑA YA HABÍA -
 CAMBIADO MARCADAMENTE DE ACTITUD ANTE SUS ERRORES. AL HACER O -
 DECIR ALGO QUE ELLA MISMA RECONOCÍA COMO REPROBABLE, DECÍA, COMO
 EJEMPLO: YA SÉ QUE NO DEBO LLEVARME ESE VESTIDO PUESTO, ES UN -
 TRAJE DE FANTASÍA Y ESTÁ AQUÍ PARA TODAS LAS NIÑAS COMO YO, QUE
 VIENEN A JUGAR, PERO CÓMO ME GUSTARÍA RO... LLEVÁRMELO. LA TERA-
 PEUTA PERMANECÍA CALLADA Y JUANITA AGREGABA: ¿VERDAD QUE ASÍ ES
 LA VIDA?, YO QUIERO TODO Y NO LO PUEDO TENER, POR ESO ME DA TRIS-
 TEZA, Y ME SIGUE GUSTANDO ¡TANTO! ESE VESTIDITO DE PRINCESA, --
 AUNQUE SEA DE TALLA QUE NO ME VIENE, PERO POR DELANTE NO SE NOTA
 QUE ESTÁ SIN ABROCHAR, SÓLO POR DETRÁS, ¡QUÉ LÁSTIMA! ¿NO CREES?.

ULTIMAMENTE LA TERAPEUTA HA PRETENDIDO EN VARIAS OCASIO-
 NES "OLVIDAR" SU BOLSA EN EL CUARTO DE JUEGOS. AL PEDIRLE A JUA-
 NITA QUE LA TRAIGA, ÉSTA YA NO INTENTA NI ABRIRLA Y "METER MANO"
 EN ELLA Y LA TRAE GUSTOSA. SUS IMPULSOS AGRESIVOS HACIA SUS COM-
 PAÑERAS PERSISTEN, AUNQUE HAN DISMINUIDO, PERO ESTO SE PUEDE AD-
 JUDICAR AL HECHO REAL DE QUE LA NIÑA HA VIVIDO Y VIVE EN SITUA--
 CIONES QUE LA REPRIMEN CONTINUAMENTE, TIENE POCAS OPORTUNIDADES
 DE EXTERIORIZAR SU AGRESIVIDAD (FUERA DEL TRATAMIENTO TERAPÉUTI-
 CO), POR LO QUE CONSIDERO NORMAL DENTRO DE LA CONDUCTA INFANTIL
 QUE TENGA PLEITOS ESPORÁDICOS CON OTRAS NIÑAS. SOBRE TODO POR -
 LA REALIDAD DE VIVIR EN UN AMBIENTE UN TANTO RÍGIDO QUE NO LE -
 PERMITE LA LIBRE EXPRESIÓN PROPIA DE CUALQUIER "HIJO DE FAMILIA",
 ADEMÁS DE TEMER QUE SI SU CONDUCTA NO ES "BUENA" LA PUEDEN SA--

CAR DE ÉSTE, AHORA SU HOGAR, Y DEBIDO A LA NATURAL FALTA DE AFECTO Y CERCANÍA QUE VIVEN LAS CRIATURAS COLOCADAS EN HOGARES SUSTITUTOS.

D) FASE DE CONTACTO CON LA REALIDAD.

EL OBJETO DE MEJORAR TAL CONTACTO CON LA REALIDAD SIGNIFICA EL LOGRO DE ADAPTACIÓN DE LA NIÑA A SU AMBIENTE EN GENERAL.

EN UN PRINCIPIO LA ACTITUD DE JUANA ERA DE CONTINUA EVASIÓN DE SUS PEQUEÑAS RESPONSABILIDADES Y DE LAS EXIGENCIAS QUE PLANTEA LA CONVIVENCIA EN UNA COMUNIDAD SOCIAL COMO LA SUYA. ANTE SU IMPOSIBILIDAD DE RELACIONARSE Y DE RESPONDER ADECUADAMENTE A LAS DEMANDAS DEL MEDIO, SE AISLABA EN FANTASÍAS DEFENDIÉNDOSE DEL CONTACTO CON SUS PARES Y DE LA VIDA EN LA COMUNIDAD.

SE PUSO ESPECIAL ÉNFASIS EN AYUDARLA A ENFRENTAR LA POSICIÓN EN LA QUE SE ENCONTRABA (NO SIENDO HUÉRFANA Y VIVIENDO COMO TAL). TAMBIÉN FUE NECESARIO INSISTIR EN LA EXPRESIÓN DE LAS VIVENCIAS QUE TENÍA DE SU MADRE, YA QUE DE LO CONTRARIO LAS HUBIERA REPRIMIDO Y SE HUBIERA SENTIDO ABANDONADA. DESPUÉS DE LARGO TIEMPO, UN DÍA LA NIÑA DIJO CON TONO DE SEGURIDAD: - MI MAMACITA ME TRAJO AQUÍ PORQUE NO TIENE DINERO PARA COMPRARME UNA CAMA CALIENTITA PERO SIEMPRE VA A QUERERME. A PARTIR DE ESE DÍA YA HABLA DE ELLA, LA DIBUJA Y LE DEDICA TRABAJOS MANUALES. SIN EMBARGO, EN SU NECESIDAD DE GUARDAR LA IMAGEN DE UNA MADRE BUENA, -- NUNCA HA RECONOCIDO ANTE LA TERAPEUTA QUE LOS GOLPES Y QUEMADAS QUE MOSTRABA SE LOS HABÍA CAUSADO SU MADRE.

EN EL CURSO DE SU SEGUNDO AÑO EN EL HOGAR SUSTITUTO EMPEZÓ A DEMOSTRAR GUSTO POR VIVIR EN ÉL, LAVABA SU ROPA Y AYUDABA EN EL ASEO GENERAL, MOSTRANDO UN SENTIMIENTO DE GRATITUD Y SATISFACCIÓN EN SÍ MISMA. SIMULTÁNEAMENTE FUE ACEPTANDO A SUS COMPAÑERAS Y TUTORAS, APRENDIENDO A "TRANZAR" EN CIERTOS ASPECTOS CON EL OBJETO DE QUEDAR BIEN. ÉSTO LA HIZO SENTIR QUE PODÍA LOGRAR ÉXITOS PARA ELLA MISMA Y POR LO TANTO QUE POSEÍA VALORES POSITIVOS (HASTA ENTONCES IGNORADOS Y AHORA ALABADOS.).

A PRINCIPIOS DE 1972 SE LE APLICÓ UNA BATERÍA DE TESTS - PSICOLÓGICOS CON EL OBJETO DE VALORAR SUS PROGRESOS (COMPARANDO

LOS ÚLTIMOS RESULTADOS CON LOS INICIALES) Y SE PUDIERON APRECIAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- UN DESARROLLO MARCADO EN SU CAPACIDAD PARA COMPRENDER Y SEGUIR INSTRUCCIONES VERBALES.

- UN MANEJO ADECUADO EN LA EJECUCIÓN DE CONCEPTOS CONCRETOS Y CORRESPONDIENTE AL ESPERADO DE SU EDAD CRONOLÓGICA.

- EN EL ÁREA DE INFORMACIÓN GENERAL OBTUVO UNA PUNTUACIÓN BAJA. SE LE DIO ESPECIAL IMPORTANCIA A ESTE PUNTO Y SE PUDO DETECTAR QUE SU FALLA RADICABA PRINCIPALMENTE EN EL CONCEPTO TAN LIMITADO QUE TENÍA DE LAS SITUACIONES COTIDIANAS. ESTO OBEDECÍA AL HECHO DE QUE LA NIÑA, DESDE SU INGRESO AL HOGAR SUSTITUTO (A LOS 6¹¹/12 CORRESPONDIENTES A UNA EDAD MENTAL INFERIOR), HABÍA TENIDO MUY ESCASO CONTACTO CON LAS CONDICIONES DE VIDA NORMAL. CARECÍA POR COMPLETO DEL CONOCIMIENTO DEL VALOR DEL DINERO Y DE LA NECESIDAD DE ÉSTE EN CUANTO A LA ADQUISICIÓN DE OBJETOS. (EN SU HOGAR SUSTITUTO TODO LO MATERIAL LE ERA DADO; DESCONOCÍA LA NECESIDAD DE TRABAJAR Y ADJUDICABA LA EXISTENCIA DE DIFERENTES VALORES A "LAS MÁQUINAS".)

EN EL ÁREA DE CONCEPTOS ABSTRACTOS TAMBIÉN TUVO UN RENDIMIENTO POBRE, EL QUE SE ATRIBUYE A LAS LIMITACIONES COMUNES QUE CAUSA EL S.D.C.M.

EN SU ASPECTO EMOCIONAL TODAVÍA SE OBSERVARON RASGOS PERSISTENTES DE INSEGURIDAD QUE HAN DISMINUIDO CONSIDERABLEMENTE, UNA BÚSQUEDA DE AFECTO UN POCO MÁS DISCRETA QUE LA INICIAL, AGRESIVIDAD BASTANTE CONTROLADA Y UN ESTADO EMOCIONAL LIGERAMENTE MÁS ESTABLE Y CON INCREMENTADA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

COMO RESULTADO GENERAL DE LA BATERÍA DE TESTS PSICOLÓGICOS QUE SE LE APLICÓ, SE PUDO VER QUE EL C.I. GLOBAL DE JUANITA AUMENTÓ EN VARIOS PUNTOS. EN LAS ÁREAS EN QUE PRESENTABA UN BAJO RENDIMIENTO, PARA NIVELAR SU POSICIÓN SE HARÍA ÉNFASIS A TRAVÉS DE LOS CURSOS ESCOLARES QUE LLEVARÍA. EN CUANTO A LAS LIMITACIONES QUE PRESENTABA EN SU CONTACTO CON LA REALIDAD, MEDIANTE SU TRATAMIENTO TERAPÉUTICO SE EFECTUARÍA UNA ACTIVIDAD QUE LOGRARA AMPLIAR Y MEJORAR TAL CONDICIÓN.

- REESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE PSICOTERAPIA.

AL COMPRENDER QUE EL DÉFICIT EN EL DESARROLLO DE SU PERSO

NALIDAD SE DEBÍA EN GRAN PARTE A SU REALIDAD, EN LA QUE CARECÍA DE LOS ELEMENTOS NORMALES QUE TODO NIÑO QUE VIVE EN SOCIEDAD ESTÁ ACOSTUMBRADO A MANEJAR O RECIBE, SE LE DIO ESPECIAL ÉNFASIS A TAL INFORMACIÓN EN LA VIDA DE JUANA. UNA DE LAS MANERAS QUE LA TERAPEUTA UTILIZÓ PARA LOGRARLO FUE PROCURAR QUE TODO CONOCIMIENTO O RESPUESTA A LAS PREGUNTAS O NECESIDADES DE LA PACIENTE, LAS OBTUVIERA MEDIANTE SU PROPIA EXPERIENCIA. POR ELLO LAS ENTREVISTAS YA NO SE REALIZABAN EN EL SALÓN DE JUEGOS ACOSTUMBRADO, SINO QUE SE CONVIRTIERON EN SALIDAS A CAMINAR, DURANTE LAS QUE LA NIÑA MOSTRABA GRAN CURIOSIDAD POR CONOCER EL PORQUÉ DE LAS SITUACIONES NUEVAS QUE VEÍA. ASÍ EMPEZÓ A COMPRENDER EL PORQUÉ DE LA NECESIDAD DE USAR ZAPATOS, DE LA EXISTENCIA Y FUNCIÓN DE LAS TIENDAS, ETC.

PASADO UN AÑO DE DICHA PSICOTERAPIA CUYO OBJETO PRINCIPAL ERA EL CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR, SU DESARROLLO SE VIO EN EVOLUCIÓN. TOMÓ CIERTA CONCIENCIA DEL PORQUÉ DE LA EXISTENCIA DE NORMAS SOCIALES, DE DEBERES Y ADQUIRIÓ UNA VISIÓN MÁS CLARA AUNQUE TODAVÍA PRECARIA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. ESTOS ASPECTOS INTRODUCIDOS EN SU PSICOTERAPIA FUERON DE INMEDIATO ACEPTADOS POR ELLA MOSTRANDO INTERÉS Y DESEO DE "CONOCER". DE AQUÍ SURGIÓ UN SENTIMIENTO DE GUSTO EN ELLA POR DAR COMO CONSECUENCIA DE LA COMPRENSIÓN QUE TUVO DE LA RELACIÓN DE DAR Y RECIBIR.

SE PUEDE AFIRMAR QUE ESTA EXPERIENCIA EN LA VIDA DE LA NIÑA SIGNIFICÓ UNA FASE IMPORTANTE EN SU DESARROLLO INTEGRAL. ADEMÁS DE DARLE UNA VISIÓN MÁS REAL DE LA VIDA, LE SIRVIÓ COMO ESTÍMULO PUES REPRESENTÓ UNA FUENTE DE INTERÉS INSACIABLE HACIA EL PORVENIR. FUE TAMBIÉN UN FACTOR QUE INFLUYÓ EN LA ACEPTACIÓN DE SU CRECIMIENTO Y CON ELLO MOSTRÓ UN DESEO DE INDEPENDENCIA AUN CUANDO UN TANTO EXAGERADO.

ACTUALMENTE (1-1973), LA NIÑA CONTINÚA VIENDO A SU TERAPEUTA UNA VEZ POR SEMANA PUES SE HA CONSIDERADO QUE AÚN NO ESTÁ LO SUFICIENTEMENTE FUERTE PARA ACEPTAR LA SEPARACIÓN TOTAL DE ELLA. EN SUS ENTREVISTAS SUELE TENER UNA ACTITUD DE SATISFACCIÓN, MOSTRANDO SUS AVANCES RECIENTES Y ACEPTANDO LA SEPARACIÓN CON UN POCO DE DIFICULTAD TODAVÍA.

3) MANEJO PSICO-PEDAGÓGICO.

CUANDO JUANITA INGRESÓ AL HOGAR SUSTITUTO SE CONSIDERÓ LA POSIBILIDAD DE INSCRIBIRLA EN LA PRIMARIA GUBERNAMENTAL DE LA ZONA. AUNQUE SE RECONOCÍA QUE SU NIVEL ESCOLAR Y SU CAPACIDAD DE APRENDIZAJE NO CORRESPONDÍAN AL ESPERADO PARA SU EDAD CRONOLÓGICA, ERA IMPORTANTE CUIDAR DE SU ASPECTO SOCIAL.

LA NIÑA ENTRÓ AL GRUPO DE PRIMER AÑO PERO SUS PROBLEMAS DE CONDUCTA EMPEZARON A HACERSE NOTAR BAJO LAS FORMAS DE AGRESIVIDAD HACIA SUS COMPAÑEROS Y DESOBEEDIENCIA A LOS PROFESORES, QUIENES EXIGÍAN DE ELLA UN COMPORTAMIENTO "SOCIAL Y RESPETUOSO" QUE ELLA NO ERA AÚN CAPAZ DE OBSERVAR. TRAS QUEJAS SEVERAS POR SU CONDUCTA INSUBORDINADA Y TERCA SE VIO SUSPENDIDA DEL PLANTEL ESCOLAR.

PASÓ DOS MESES SIN ASISTIR A CLASES, LO QUE NO FUE DE BENEFICIO PARA ELLA PUES EN LA AUSENCIA DE LAS DEMÁS NIÑAS QUE ACUDÍAN A LA ESCUELA Y SIN ENCONTRAR MAYOR OCUPACIÓN QUE LA DE ALGUNAS LABORES DOMÉSTICAS EN QUE AYUDABA, SU ABURRIMIENTO Y GRAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD AUMENTABAN. COMO CONSECUENCIA LÓGICA -- EMPEZÓ A ELABORAR TRAVESURAS Y TRANSGRESIONES EN LAS QUE NO CONSIDERABA LOS PASOS INMEDIATOS NI LAS CONSECUENCIAS. EN UNA OCASIÓN "SAQUEÓ" LA TIENDITA DE DULCES DEL PLANTEL, DANDO MUESTRA DE SU HABILIDAD DE PLANEACIÓN. TALES ACTITUDES IMPULSIVAS LE CAUSABAN SERIOS PROBLEMAS CON LAS AUTORIDADES DE DICHO PLANTEL PERO ELLA NO PARECÍA PREOCUPARSE MAYORMENTE.

AFORTUNADAMENTE PARA JUANA, LA INSTITUCIÓN EN LA QUE VIVÍA SE VIO OBLIGADA A IMPARTIR "ENSEÑANZA ESPECIAL" EN EL LOCAL MISMO, YA QUE RESULTÓ QUE GRAN PARTE DE LAS ALUMNAS DE ESTE HOGAR QUE ASISTÍAN A LA ESCUELA DE LA ZONA, MOSTRABAN DÉFICIT CONSIDERABLES EN SU APRENDIZAJE. SE INTEGRARON DOS GRUPOS PARA ESTAS NIÑAS DEPENDIENDO DE SU EDAD CRONOLÓGICA Y DESARROLLO COGNOSCITIVO. LOS MAESTROS ENCARGADOS CONOCÍAN EL OBJETO DE DICHS CURSOS Y LOS ANTECEDENTES DE SUS ALUMNAS. A PESAR DE QUE TAL SITUACIÓN OFRECIERA VENTAJAS AL DESARROLLO ACADÉMICO Y SOCIAL DE LA NIÑA, SU ADAPTACIÓN AL CURSO FUE DIFÍCIL, EN UN PRINCIPIO -- RECHAZABA LA IDEA DE "REGRESAR" A LA ESCUELA; LO QUE PARA ELLA --

SIGNIFICABA SER NUEVAMENTE OBJETO DE BURLA POR PARTE DE SUS COMPAÑEROS Y SER CASTIGADA FÍSICAMENTE POR SUS MAESTROS. AÚN DESPUÉS DE EXPLICARLE CON TODO DETALLE LAS CONDICIONES DE ESTOS GRUPOS ESCOLARES, SE ESCONDÍA CAUTELOSAMENTE POR LAS MAÑANAS PARA NO ACUDIR. FINALMENTE SE HABLÓ CON SU MAESTRA DE GRUPO EXPLICÁNDOLE EL PROBLEMA Y PIDIÉNDOLE SU COOPERACIÓN A MODO DE "SEDUCIR" CON BUENOS TRATOS Y AFECTO A JUANA, QUE SE ENCONTRABA TAN ASUSTADA. HACIA FINALES DEL PRIMER TRIMESTRE, LA NIÑA EMPEZÓ A ACUDIR VOLUNTARIAMENTE A CLASES PERO SU INTEGRACIÓN A LA DISCIPLINA QUE HABÍA Y AL GRUPO EN GENERAL, REPRESENTÓ OTRO PASO EN SU ADAPTACIÓN, YA -- QUE SE LEVANTABA DE SU LUGAR CONSTANTEMENTE, TIRABA LAS CRAYOLAS AL SUELO, CHARLABA Y NO ESCUCHABA LAS INSTRUCCIONES DE SU MAESTRA POR LO QUE NO OBTENÍA ÉXITO EN SUS TAREAS.

FINALMENTE EL OBJETIVO EMPEZÓ A TENER RESULTADOS FAVORABLES; EL ÉXITO LA ESTIMULABA EN SU SIGUIENTE TAREA AL VER QUE SUS ESFUERZOS ERAN FRUCTÍFEROS, COMO CONSECUENCIA DE ELLO, A MAYOR CAPACIDAD DE LOGRO SU AUTO-ESTIMA CRECÍA Y SU TOLERANCIA A LA -- FRUSTRACIÓN SE FORTALECÍA POCO A POCO.

AL TERMINAR ESE PRIMER PERÍODO ESCOLAR EN EL GRADO "A" SE DECIDIÓ PASARLA AL SIGUIENTE GRADO "B" A PESAR QUE SU NIVEL ESCOLAR ERA DEFICIENTE TODAVÍA EN ALGUNOS ASPECTOS. DE LO CONTRARIO, REPETIR EL CURSO "A" HUBIERA SIDO INTERPRETADO POR ELLA COMO LA -- MUESTRA MÁS EVIDENTE DE SU INCAPACIDAD MENTAL. AL ENTERARSE JUANA DE SU ASCENSO ESCOLAR, SE SINTIÓ ORGULLOSA Y CORRIÓ A SU MAESTRA GRITANDO: - ¡VES! SOCORRO, CÓMO YA NO SOY TONTA, PASÉ AL GRUPO "B".

EN EL CURSO DEL SEGUNDO CICLO ESCOLAR (ESPECIAL) TUVO LA -- MISMA MAESTRA DE GRUPO QUIEN PUDO INSISTIR EN LA COOPERACIÓN PLENA DE LA NIÑA, OBTENIENDO RESULTADOS MUY FAVORABLES. PARA ENTONCES LA NIÑA YA LA ACEPTABA Y SE MOSTRABA CONTENTA EN DARLE GUSTO AL CUMPLIR CON LAS TAREAS QUE SE LE INDICABAN. AL TERMINAR ESE -- SEGUNDO CICLO, PIDIÓ A SU TERAPEUTA QUE VISITARA A LA MAESTRA SOCORRO PARA QUE ÉSTA LE MOSTRARA SUS CUADERNOS Y SE LOS REGALARA -- PERSONALMENTE. CUANDO ESTO OCURRIÓ, CON UN POCO DE TIMIDEZ LA NIÑA LE PREGUNTÓ A LA TERAPEUTA: - ¿DE VERDAD QUE TE GUSTA EL REGALO QUE TE DOY?.

ANTE SU TERCER CICLO ESCOLAR QUE ESTÁ POR DAR COMIENZO, LA NIÑA SABE QUE TENDRÁ QUE CAMBIAR DE MAESTRA, PERO ESTO YA NO PARECE PREOCUPARLA TANTO. HA ADQUIRIDO BASTANTE CONFIANZA EN SÍ MISMA Y SABE QUE TIENE CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR ACERTADAMENTE SUS TAREAS ACADÉMICAS CUANDO SE LO PROPONE.

ACTUALMENTE ELLA TIENE NUEVE AÑOS Y CURSA UN GRUPO CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEMESTRE DEL 2DO. AÑO DE PRIMARIA.

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

Y

A P E N D I C E

EL CONOCIMIENTO DE LA VIDA SOCIAL DEL PACIENTE ES UN PUNTO FRECUENTEMENTE IGNORADO A PESAR DE SER FUNDAMENTAL PARA OBTENER UNA VISIÓN CLARA DE LAS CONDICIONES DE VIDA QUE LLEVA. EL FACTOR SOCIOCULTURAL EN LA VIDA DEL NIÑO REPRESENTA UNA PANTALLA DE SU VIDA PRIVADA; MEDIANTE EL CONOCIMIENTO DE SU SITUACIÓN FAMILIAR, SOCIAL Y CULTURAL, EL CLÍNICO FORMA UNA VISIÓN CLARA DE LA FORMA DE TRATO QUE EL NIÑO RECIBE, SI ES DE ACEPTACIÓN O RECHAZO.

LAS RELACIONES DE AFECTO POR PARTE DE TODA LA FAMILIA HACIA EL NIÑO CON S.D.C.M. SON EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL REFLEJO DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO. DE ESTA SE DERIVAN LOS COMPONENTES EMOCIONALES QUE PREDOMINAN EN EL AMBIENTE DEL HOGAR Y QUE DESDE LUEGO AFECTAN DIRECTA Y PRINCIPALMENTE A ESTE NIÑO.

EN LO CONCERNIENTE A LAS CONDICIONES EMOCIONALES DE LA VIDA DEL NIÑO DAÑADO, NO SE PUEDE IGNORAR QUE A PESAR DE LA FUERZA DE CARÁCTER QUE PUEDA APARENTAR O PRESENTE EN REALIDAD, ES UNA CRIATURA QUE INTERNAMENTE VIVE UNA GRAN DESILUSIÓN DE SÍ MISMO. ESTO SE EXPLICA POR EL HECHO DE QUE LOS SENTIMIENTOS QUE PREDOMINAN EN ÉL SON DE CARÁCTER NEGATIVO PUES REPRESENTAN SITUACIONES DE FRACASO. SU LUCHA HA SIDO CONSTANTE E INTERMINABLE DESDE SUS PRIMEROS MESES DE VIDA, ESTANDO EN UN MEDIO QUE EXIGE LO QUE PARA ÉL ES IMPOSIBLE DESEMPEÑAR. SU RELACIÓN CON LA MADRE, DE QUIEN PODRÍA OBTENER UN TRATO CÁLIDO, ES POR LO GENERAL DISTANTE Y FRÍA YA QUE EL NIÑO NO SABE MANIFESTAR SUS NECESIDADES CLARAMENTE LO QUE A SU VEZ DESCONCIERTA A LA MADRE. ESTA INTENTA SATISFACERLO, DARLE CARIÑO FÍSICO Y ATENCIONES PERO NUEVAMENTE EL INFANTE NO SABE MOSTRAR SATISFACCIÓN NI AGRADO. TODA ESTA SITUACIÓN CREA EN LA MADRE UN SENTIMIENTO DE FRACASO ANTE SU BEBÉ Y DE IMPOTENCIA EN LA RELACIÓN AFECTIVA MADRE-HIJO. A SU VEZ EL NIÑO INTERIORIZA ESTE SENTIMIENTO MEDIANTE LA IDENTIFICACIÓN CON ELLA; COMO RESULTADO DE TAL RELACIÓN EL NIÑO DESARROLLA SENTIMIENTOS DE INCAPACIDAD ANTE LAS DIVERSAS TAREAS QUE SE LE PRESENTAN A DIARIO Y ANTE LAS CUALES SE VE IMPOSIBILITADO PARA TRIUNFAR. ESTE CONTÍNUO ESTADO DE DERROTA QUE LO HACE SENTIRSE COMO UN SER INFERIOR ANTE SUS PARES, SE DEBE A LA TORPEZA DE SUS MOVIMIENTOS, A LA FALTA DE HABILIDAD EN ELLOS Y A LA INESTABILIDAD -

EMOCIONAL QUE EN ÉL PREDOMINA EN GENERAL Y POR LO CUAL EMPRENDE-
RÁ SIEMPRE UNA ACTIVIDAD BAJO EL TEMOR DEL FRACASO. ESTE SENTI-
MIENTO REPRESENTA UNA CARGA EMOTIVA TAN FUERTE QUE CONSUME GRAN
PARTE DE SU ENERGÍA. ESTA SITUACIÓN EXPLICA LA CAUSA DE LAS CON-
TÍNUAS DEPRESIONES DEL NIÑO AL RECONOCER SU DESVENTAJA FÍSICA Y
MENTAL ANTE SUS COMPAÑEROS, LO QUE CREA UN CÍRCULO VICIOSO EN EL
QUE INFALIBLEMENTE CAE. CON UN AUTO-CONCEPTO DE POBREZA E INEP-
TITUD Y ANTE EL DESEO DE LOGRAR LA META PROPUESTA EN LA ACTIVI-
DAD QUE EMPRENDE, UTILIZA TODA SU CAPACIDAD EN LA CREACIÓN DE --
MODOS O ACTITUDES EN LOS QUE CONFÍA PARA OBTENER EL ÉXITO. POR
LO REGULAR, ESTAS ACTITUDES RESULTAN SER JUZGADAS COMO "TRAMPAS"
POR LOS DEMÁS NIÑOS QUE PARTICIPAN EN EL JUEGO Y SIN EMBARGO, --
REPRESENTAN LA ÚNICA POSIBILIDAD PARA ÉL DE "COMPETIR" CON ELLOS.
ES UNA COMPETENCIA CONSIGO MISMO YA QUE EL OBJETO DE ÉSTA ES OB-
TENER UN SENTIMIENTO DE REALIZACIÓN DE SUS ESFUERZOS QUE LO COLO-
QUE AL NIVEL DE "LOS OTROS". CADA FRACASO REPRESENTA UN GOLPE -
MÁS A SU ESTIMA, GOLPE QUE ÉL VIVE COMO UNA HOSTILIDAD POR PARTE
DEL MEDIO EXTERNO HACIA SU PERSONA. HE AQUÍ EL PRIMER PUNTO DEL
"CÍRCULO" EN EL QUE VIVE. EL CONTENIDO DE SU REACCIÓN, COMO ES
COMPENSIBLE, ES AGRESIVO, SIENDO LA FORMA DE LA QUE DISPONE PA-
RA DESAHOGAR SU DOLOR PERO LA CUAL PROVOCA NUEVAS RESPUESTAS - -
AGRESIVAS POR PARTE DE QUIENES LO RODEAN.

DEBIDO A LAS RAZONES RECIÉN EXPUESTAS, EL ADULTO QUE LO -
TIENE A SU CARGO PUEDE COMPRENDER LA DINÁMICA DEL SENTIMIENTO Y
REACCIÓN DE ESTE NIÑO Y BRINDARLE UN TRATO MÁS ADECUADO A SUS --
NECESIDADES URGENTES, PRINCIPALMENTE A LAS DE SER AYUDADO Y DE R
RECIBIR AFECTO. DEBIDO A QUE ESTO IMPLICA ACEPTACIÓN DE LA QUE
CARECE EL NIÑO, EL AFECTO REPRESENTA LA PRIMERA FORMA DE ENTA- -
BLAR UNA RELACIÓN POSITIVA CON ÉL. ESTA RELACIÓN DEBE TENER POR
BASE EL APOYO ANTE SU CONDUCTA FRECUENTEMENTE ARREBATADA Y DESME-
DIDA. COMO SEGUNDO PASO EN LA RELACIÓN VIENE EL ESTABLECIMIENTO
GRADUAL DE LÍMITES, GUIÁNDOSE POR LA CAPACIDAD DE ACEPTACIÓN QUE
EL NIÑO MUESTRE. EN UN PRINCIPIO SU CONDUCTA ES TOTALMENTE IM--
PULSIVA POR LO GENERAL, POR LO QUE NO MIDE EL ALCANCE DE SUS AC-
CIONES NI SU REPERCUSIÓN, SOBRE TODO EN EL MARCO SOCIAL, EN EL -
QUE SUELE SER VISTO COMO "EL NIÑO RARO".

EL TERAPEUTA DEBE DAR LA ORIENTACIÓN NECESARIA A TODOS LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN CUANTO AL MANEJO DEL NIÑO Y A LAS -- ACTITUDES QUE A CADA UNO DE ELLOS CONVIENE ASUMIR. EL OBJETO ES LOGRAR UNA REESTRUCTURACIÓN DEL MEDIO. ESTA REESTRUCTURACIÓN DEBERÁ ESTAR BASADA EN LA MAYOR ARMONÍA Y EN LA DISMINUCIÓN DE LAS TENSIONES AMBIENTALES. TAL CLIMA ES EL REQUERIDO PARA TENER ÉXITO EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y EL ENTRENAMIENTO DEL NIÑO. LA ACTITUD GENERAL POR PARTE DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA -- HACIA ÉL DEBE SER DE SEGURIDAD Y APOYO, ADEMÁS DE PROCURAR EL ESTABLECIMIENTO DE UN MARCO DE LÍMITES Y LIBERTAD BIEN ESTRUCTURADO Y CONSTANTE. NO HAY QUE OLVIDAR⁺ QUE ESTE NIÑO CARECE DE LÍMITES INTERNOS Y POR LO TANTO NECESITA ENCONTRARLOS EN EL MEDIO, MARCADOS CLARAMENTE. MÁS QUE UN CONTROL A SUS ACCIONES, TAL MARCO DE REFERENCIA⁺⁺ REPRESENTA PARA ÉL UNA MEDIDA DE SEGURIDAD; AL ESTAR CONSCIENTE DE LA ACTITUD DE QUE DE ÉL SE ESPERA Y AL PODER DISPONER DE UN CUADRO REFERENCIAL QUE ÉL RECONOCE COMO ACEPTADO, SU -- ESTADO EMOCIONAL ESTARÁ MÁS RELAJADO Y CON ELLO MÁS APTO PARA SEGUIR INSTRUCCIONES. CONSEQUENTEMENTE PODRÁ MANEJAR SUS SENTIMIENTOS EN FORMA MÁS ADECUADA. DE LO CONTRARIO, AL ESTAR INSEGURO DE LA REACCIÓN QUE SU COMPORTAMIENTO PUEDA PROVOCAR Y MANTENIENDO -- UNA ACTITUD DE PRUEBA, SU INSEGURIDAD AUMENTA Y CON ELLO TAMBIÉN SU CONDUCTA CATASTRÓFICA.

SE PUEDE AFIRMAR QUE EN CUANTO AL DESARROLLO Y LA MADURACIÓN DE ESTE NIÑO, EL PRONÓSTICO DEPENDE BÁSICAMENTE DE TRES FACTORES: A) DEL CONTROL FARMACOLÓGICO QUE RECIBA, B) DEL MANEJO ADECUADO A LAS NECESIDADES DEL NIÑO Y SU FAMILIA, Y C) DEL EQUIPO -- BIOLÓGICO DEL PROPIO NIÑO. ES UN HECHO YA COMPROBADO QUE GRAN -- PARTE DE LA HIPERACTIVIDAD, DISTRACTIBILIDAD Y TORPEZA MOTORA, SE REDUCEN CUANDO EL NIÑO LLEGA A LA PUBERTAD O POCO DESPUÉS. SIN -- EMBARGO, PARA LOGRAR TAL DESARROLLO POSITIVO, ES NECESARIO QUE -- LOS PADRES Y EL NIÑO ACEPTEN LAS LIMITACIONES ACTUALES DE ESTE -- ÚLTIMO Y ESTÉN DISPUESTOS A MODIFICAR SUS PROPIAS PAUTAS DE CONDUCTA Y EL MODO DE VIDA FAMILIAR HASTA QUE SEA NECESARIO.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS QUE PRESENTAN ESTE SÍNDROME, SE REQUERIRÁ DE UNA ATENCIÓN CONTÍNUA A LOS TRES ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL DESARROLLO; ES DECIR, EL NEUROLÓGICO, EL EMOCIONAL Y EL --

⁺⁺ PARA MAYOR INFORMACIÓN, VÉASE EL CAP. II, P. 59.

COGNOSCITIVO. POR ELLO RESULTA FUNDAMENTAL PLANEAR SU MANEJO CON LA ASISTENCIA NEUROLÓGICA, PSICOLÓGICA Y PEDAGÓGICA NECESARIAS. - CON ESTA ORIENTACIÓN EN LA VIDA DEL NIÑO, LO MÁS PROBABLE ES QUE LLEGUE A SER UN ADULTO QUE HABIENDO PADECIDO DEL SÍNDROME, LLEVE UNA FORMA DE VIDA CASI NORMAL. EL ASPECTO EMOCIONAL REPRESENTA - EL ÁREA QUE REQUIERE DE MÁS ATENCIÓN YA QUE ES IMPRESCINDIBLE PARA ESTE INDIVIDUO EL LOGRO DE CIERTA TRANQUILIDAD QUE LE PERMITA RESPONDER CON TOLERANCIA Y CERTIDUMBRE A LAS EXIGENCIAS QUE PLANTEA LA VIDA EN COMUNIDAD. ES CONVENIENTE MENCIONAR QUE LA VIDA - DE ESTE SUJETO DEBE SER SENCILLA Y SIN DEMASIADAS EXIGENCIAS, - - PUESTO QUE ENTRE LOS RASGOS DE CARÁCTER PREDOMINANTES EN ÉL ESTÁN: CIERTA TIMIDEZ, TENDENCIA AL AISLAMIENTO, EXCESIVA IRRITABILIDAD, BROTES DE ANGUSTIA Y SUSCEPTIBILIDAD, TODO LO QUE REPRESENTA UNA DIFICULTAD PARA DESENVOLVERSE CON NATURALIDAD EN SITUACIONES QUE REQUIEREN DE ESFUERZO MAYOR, COMO LO SON TODAS AQUELLAS CARGADAS DE ESTÍMULOS,⁽¹⁾ SITUACIONES QUE REQUIEREN DE GRAN ENERGÍA POR PARTE DEL INDIVIDUO Y QUE A SU VEZ LE PRODUCEN CANSANCIO FÍSICO, TENSIÓN EMOCIONAL Y UN ESTADO DE AGOBIO GENERAL. ES JUSTAMENTE TAL ESTADO EL QUE CONVIENE EVITAR COMO MEDIDA DE PRECAUCIÓN ANTE LAS DEPRESIONES LATENTES EN ÉL.

EN CONTRAPOSICIÓN SE PUEDEN NOMBRAR ALGUNAS FORMAS DE CONDUCTA COMO SON: LLEVAR UNA VIDA ORDENADA, ESTABLECER METAS QUE ESTÉN CLARAMENTE DELIMITADAS Y DENTRO DE LA CAPACIDAD DE REALIZACIÓN DEL SUJETO. PARA LOGRAR ESTO FRECUENTEMENTE SE REQUIERE DE ORIENTACIÓN EN EL CAMPO. TALES CONDICIONES DE VIDA ESTRUCTURADAS SON DE GRAN BENEFICIO PARA UN DESENVOLVIMIENTO ÓPTIMO. RESULTA - OBVIO QUE PROPICIAR UN SENTIMIENTO DE BIENESTAR Y DE "LOGRO" EN - ÉL TRAEN COMO CONSECUENCIA UNA RESPUESTA DE OPTIMISMO. ESTO FORTALECE SU "YO" LO QUE A LA VEZ IMPLICA QUE DISPONDRÁ DE MAYOR CAPACIDAD PARA LUCHAR EN LAS SITUACIONES DIFÍCILES QUE SURGEN EN LA VIDA DIARIA Y A LAS QUE TIENE QUE HACER FRENTE CON LA MAYOR INTEGRIDAD POSIBLE.

A P E N D I C E.

La sintomatología que a continuación expongo del síndrome de Disfunción Cerebral Mínima, es una clasificación que puede considerarse clásica para la identificación clínica del mismo. Este conjunto de características, descritas por Clements, es útil en la detección de tal diagnóstico en el niño.⁽²⁾

Categoría preliminar de signos y síntomas.

A) Tests que indican el rendimiento.

- 1) Déficits intelectuales.
- 2) Edad mental de bajo nivel en tests de dibujos.
- 3) Dibujos pobres para su edad, de figuras geométricas.
- 4) Rendimiento pobre en diseño de bloques y en el test del tablero de canicas.
- 5) Rendimiento bajo en tests de grupo (de inteligencia).
- 6) Patrones característicos en los sub-tests de la escala Weschler (en las áreas verbal y de ejecución; por lo general alto en un área y bajo en la otra).

B) Daños en la percepción y formación de conceptos.

- 1) Discriminación dañada en cuanto al tamaño.
- 2) Discriminación dañada en cuanto a la derecha e izquierda.
- 3) Discriminación dañada táctil.
- 4) Escasa orientación espacial.
- 5) Orientación temporal dañada.
- 6) Concepto distorcionado de imagen corporal.
- 7) Juicio dañado de la distancia.
- 8) Discriminación dañada de figura y fondo.
- 9) Discriminación dañada de partes y de conjunto.
- 10) Percepciones inversas frecuentes en la lectura y escritura de letras y números.
- 11) Integración perceptual pobre (incapacidad de fusionar impresiones sensoriales o entidades significativas).

C) Indicadores neurológicos específicos.

- 1) Existencia o inexistencia de anormalidad gruesa aparente.
- 2) Varios o muchos signos suaves (o borderline).
- 3) Asimetría frecuente de reflejos.
- 4) Daños leves visuales o de audición (frecuentes)
- 5) Estrabismo.
- 6) Nistagmus.
- 7) Incidencia alta de zurdos y lateralidad mixta o percepción confusa en cuanto a la lateralidad.
- 8) Hiperkinesia.
- 9) Hipokinesia.
- 10) Torpeza general.
- 11) Pobre coordinación viso-motora fina.

- D) Desórdenes de lenguaje y comunicación.
- 1) Discriminación dañada de estímulos auditivos.
 - 2) Diversas categorías de afasias.
 - 3) Desarrollo lento del lenguaje.
 - 4) Pérdida leve pero frecuente del oído.
 - 5) Irregularidades leves y frecuentes en el lenguaje.
- E) Desórdenes de la función motora.
- 1) Atetasis frecuente, cloroiforme, temblores o movimientos rígidos de las manos.
 - 2) Retraso frecuente en el logro de metas motrices.
 - 3) Torpeza general.
 - 4) Iluecas y tics frecuentes.
 - 5) Pobre coordinación motora visual gruesa y fina.
 - 6) Hiperactividad.
 - 7) Hipoactividad.
- F) Ajuste y rendimiento académico.
- 1) Incapacidad de lectura.
 - 2) Incapacidad de manejo de matemáticas.
 - 3) Incapacidad de deletreo.
 - 4) Escasa capacidad para el dibujo.
 - 5) Variabilidad en el rendimiento de día en día.
 - 6) Escasa capacidad de organización del trabajo.
 - 7) Lentitud en concluir el trabajo.
 - 8) Confusión frecuente acerca de instrucciones, a pesar de lograr éxito en las tareas verbales.
- G) Desórdenes en el proceso del pensamiento.
- 1) Capacidad pobre para el razonamiento abstracto.
 - 2) Tendencia general al pensamiento concreto.
 - 3) Dificultad en la formación de conceptos.
 - 4) Frecuente pensamiento desorganizado.
 - 5) Memoria escasa a corto y a largo plazo.
 - 6) Pensamiento autista en ocasiones.
 - 7) Perseveración de pensamiento frecuente.
- H) Características físicas.
- 1) Manifestaciones anormales en el desarrollo infantil como: babear, morderse las uñas, etc.
 - 2) Peculiares hábitos alimenticios con frecuencia.
 - 3) Lentitud en el control de esfínteres.
 - 4) Agotamiento fácil.
 - 5) Enuresis con alta frecuencia.
 - 6) Encopresis.
- I) Características emocionales.
- 1) Impulsividad.
 - 2) Explosividad.
 - 3) Pobre control impulsivo y emocional.
 - 4) Baja tolerancia a la frustración.
 - 5) Desinhibición y ser "arriesgado" (impulsivo, luego arrepentido).

J) Características del sueño.

- 1) Balanceo del cuerpo o de la cabeza antes de dormir.
- 2) Patrones irregulares de sueño en el infante.
- 3) Movimientos excesivos durante el sueño.
- 4) Leves o severas anomalías durante el sueño.
- 5) Marcada resistencia a la siesta o al dormir (parece requerir menos sueño que el niño habitual).

K) Capacidad de inter-relaciones personales.

- 1) Escasas relaciones de grupo, por lo general.
- 2) Hipereactividad en su juego normal con niños.
- 3) Mejor ajuste con un límite de dos o tres compañeros de juego.
- 4) Juicio pobre en situaciones sociales e inter-personales.
- 5) Socialmente agresivo y descarado.
- 6) Desplazamientos afectivos inapropiados y no selectivos.
- 7) Fácil aceptación de la presencia de otros, que alterna con timidez y retraimiento.
- 8) Necesidad excesiva de tocar a la persona que tiene a su lado, colgarse de ella, y tomarla de la mano.

L) Variaciones del desarrollo físico.

- 1) Lagunas frecuentes en el desarrollo de avances.
- 2) Lagunas generalizadas en la maduración durante los años escolares tempranos.
- 3) Físicamente inmaduro, desarrollo normal o avanzado para su edad.

M) Características de conducta social.

- 1) Sociabilidad frecuentemente debajo de la normal para la edad e inteligencia comprobada.
- 2) Frecuencia de conducta inapropiada para las situaciones y con consecuencias imprevistas.
- 3) Posibilidad de conducta agresiva y negativa ante la autoridad.
- 4) Conducta anti-social frecuente.

N) Variaciones de la personalidad.

- 1) Exceso de credulidad y de fácil convencimiento.
- 2) Reacciones frecuentes de rabia y berrinches.
- 3) Exceso de sensibilidad.
- 4) Variación excesiva de estado de humor.
- 5) Adaptación pobre o cambios ambientales.
- 6) Cariñoso y temperamental, cooperativo y amigable (comúnmente llamado: niño hipokinético).

O) Desórdenes de la atención y concentración.

- 1) Lapso de atención corto para su edad.
- 2) Excesivamente distraído para su edad.
- 3) Capacidad dañada de concentración.
- 4) Perseveración motora o de lenguaje.
- 5) Capacidad dañada de decisión, especialmente ante muchas alternativas.

Se puede clasificar comparativamente este síndrome de la siguiente manera, según los rasgos que presente.

<u>Daño Cerebral Mínimo (o leve)</u>	<u>Daño Cerebral Mayor (o severo)</u>
1) Daño de movimientos finos o de coordinación.	1) Parálisis cerebrales.
2) Anormalidades electroencefalográficas sin ataques actuales que puedan asociarse con fluctuaciones de la función conductual o intelectual.	2) Epilepsias.
3) Desviaciones de la atención del nivel de actividad, del control de impulsos y afecto.	3) Autismo y otros desórdenes graves de la conducta y de la mentalidad.
4) Déficits específicos y circunscritos en las capacidades de: percepción del área intelectual y de la memoria.	4) Subnormalidades mentales.
5) Daños no periféricos de la visión, audición y lenguaje.	5) Ceguera, sordera y afasias severas.

CONCLUSIONES Y APENDICE

Notas:

- 1) Paine, R., Op. cit., pp. 798, 799.
- 2) Clements, S. D., Op. cit., pp. 11-13

B I B L I O G R A F I A

- Ackerman, N. W.: "The Psychodynamics of Family Life: Diagnosis and Treatment of Family Relationships". N. Y.: Basic Books, 1958.
- Anderson, C.: "Early Brain Injury and Behavior". J. Amer. Med. Wom. Ass., VII, pp. 113-119, 1956.
- Barsh, R.: "Evaluating the Organic Child: The functional Organizational Scale". J. of Genetic Psychol. , -V.C., pp. 345-354, 1962.
- Bateman, B.: "Learning Disabilities-Yesterday, Today and Tomorrow". Exceptional Child, Vol. XXXI, pp. 167 - 178, dic. 1964.
- Bax, M. y Mac Keith, R.: "Minimal Cerebral Dysfunction", Clinics in Develop. Medicine, No. 10- Published by Spastics International Medical Publications in Association with William Heinemann Medical Books Ltd., 1963.
- Bender, L.: "Psychological Problems of Children with Organic Brain disease." Amer. J. Orthopsychiat. Vol. 19. pp. 404-415, 1949.
- Bender, L. y Silver, A.: "Body Image Problems of the Brain Damaged Child". J. of Soc. Issues, Vol.IV, pp. 84-89, 1948.
- Benton, A. L.: "A Multiple Choice Type of the Visual Retention Test". Arch. Neurol. y Psychiat. Vol. 64, pp. 699-707.
- Bijou, S. M.: Werner, H., "Language Analisis in Brain Injured Deficient Children". J. Ginet. Psychol., Vol. 66, pp. 239-254, 1945.
- Birch, H. G.: "Brain Damage in Children" -, The Biological and Social Aspects". Nelson's Text book of Pediatrics. Baltimore, Williams y Wilkins, 1964.
- Bower, R.: "The Psychology of Space Perception". Special School

- Bradley, C.: "Characteristics and Management of Children with Behaviour Problems associated with Organic Brain Damage". *Pediat. Clin. N. Amer.*, P. 1049, nov. 1957.
- Canales B. H. E.: "Síndrome de disfunción cerebral mínima". Tesis de Lic. en Orientación Infantil para Rehabilitación Audiológica (Enseñanza Especial), 48 pp., México, D. F., 1969.
- Chess, S.: "Diagnosis and Treatment of the Hyperactive Child". *N. Y. State J. Med.*, Vol. 60, p. 2379, 1960.
- Clements, S. D.: Minimal Brain Dysfunction in Children. Terminology and Identification. Phase I, U. S. Dept. of Health, Education and Welfare, 1966.
- Cruickshank, W. M., Bentzen, F., Ratzeburg, F. H., Tannhauser, H. T. "A Teaching Method for Brain Injured and Hyperactive Children". *Syracuse Univ. Press*; pp. 182-185, 191-149, 1961.
- Cruickshank W. M.: El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar, y en la comunidad. Ed. Trillas, la. Ed. pp.323, México, 1971.
- Daryn, E.: Problems of Children with "diffuse brain damage". *Arch. Gen. Psychiat.* Vol. 4, pp. 229-306, 1960.
- Driggs, D. F.: "Studies in Diagnosis of Brain Injury and Related Behavior Problems of Children". *Childhood Education*. Vol. XL, pp. 277-279, enero 1944.
- Drillien, C. M.: The Growth and Development of the prematurely Born Infant. Londres: E. y S. Livingstone, Ltd. 1964.
- Eisenberg, R. B.: "Practical Method for Screening Visual-Perceptual Motor Performance." *J. of Speech and Health Disorders*, Vol. XXVIII, pp. 87-90, 1963.
- Frosting, H.: "Visual Perception in the Brain Damaged Child". *American J. of Orthopsychiatry*, Vol. XXXII, pp. 279-280, marzo 1962.

- Doman, -Delacato.: "Treatment of Neurologically handicapped Children." *Devl. Med. Child. Neurol.* Vol.10, pp. 243-246, 1968.
- Frosting, H: "El entrenamiento del niño con daño cerebral". -Datos recopilados del seminario impartido por la Dra. Frosting en México (material inédito). Oct. 1971.
- Gates, A. L., Jersild, A. T., Mc Connell, T. R. y Chalman, R. C., : "Educational Psychology". Macmillan, N. Y., pp. 333-336, 1942.
- Gesell, A. L., Amatruda, C. S., "Developmental Diagnosis; Normal Child Development". *Clinical Methods and Pediatric applications*, 2a. ed. N. Y. Hoeber., 1947.
- Gonzaga Sevilla, M.: "Daño cerebral mínimo". Tesis de Post-grado en Psiquiatría, U.N.A.M., 30pp., México, 1972.
- Hammer, S. L., "School under-achievements in the Adolescent". A review of 73 cases. *Pediatrics*, Vol. 40, pp: 373-381, 1967.
- Haring, N. y Ewing, L.: "Educating Emotionally Disturbed Children". Mac Graw Hill Book Company Inc., N.Y., 1962.
- Hernández Vera, C.: "Estudios Neurológicos del niño con daño cerebral mínimo difuso". *Rev. de la Clínica de la Conducta*, No. 11, S.E.P., México, feb. 1968.
- Hutt, C., Hutt, S.J. and Ousted, C.: "A method for the study of Children's Behavior". *Develop. Med. Child. Neurol.*, Vol. 5, pp. 550-558, 1956.
- Illingsworth, R. S.: "Development of the Infant and young Child, Normal and Abnormal". Edinburgo: E y S Livingstone, 1960.
- Kephart, N. C.: "The Brain Injured Child". *N'al. Soc. for Crippld Child and Adults, Inc.*, pp. 1-14, 1963.
- Kephart, N. C.: "Perceptual-Motor Aspects of Learning Disabilities"; *Exceptional Child*. Vol. XXXI, pp. 201-206, dic. 1964.

- Kosnan, H. E., y Verna K. R.: "Effects of chronic Administration of the Anphetamines and other Stimulants on Behavior". Clin. Pharmacol. y Ther. Vol, 9, pp. 240-254, 1968.
- Laufer, H.W., Denhoff, E. y Solomons, G.: Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems. Psychosom. Med., Vol. 19, pp. 38-49, 1957.
- Lewis, R. S., Strauss, A. A. y Lehtinen L. E.: "The Other Child". Grune y Stratton, N. Y., 2a. ed. pp. 4-12, 1960.
- Maxwell, A. E.: "Factor Analysis of Weschler Intelligence Scale for Children". Brit. J. Educ. Psychol. Vol. 29, p. 237, 1959.
- Menkes, N., Rowe, J. S. y Menkes, J. H.: "A Twenty-five year follow-up Study on the hyperkinetic Child with minimal brain dysfunction". Pediatrics, Vol. 39, pp. 393-399, 1967.
- Miller, N.: "Teaching an Emotionally Disturbed, Brain-Injured - Child". The Reading Teacher, Vol. XVII, pp. 460-465, marzo 1964.
- Milnan, D.: "Organic Disorder". J. Dis. Child, Vol. 91, pp. 521-528, 1956.
- Misrahi, G.K.: "Perinatal Complications". Unpublished Master's Thesis, Uni. of Copenhagen, 1969.
- Nares Rodríguez, D.: "El tratamiento del niño con daño cerebral Mínimo". Rev. de la Clínica de la Conducta, No. II, vol. II, S.D.P., México, D. F., feb. 1968.
- Nares Rodríguez, D.: "Salud mental, orientación familiar". Folleto en publicación, 105 pp., México, 1967.
- Paine, R. S.: "Minimal Chronic Brain Syndromes in Children". Develop. Med. Child. Neurol. Vol. 4, p. 21, 1962.
- Paine, R. S., y Quay, H. C.: "A Study of Minimal Cerebral Dysfunction". Develop. Med. Child. Neurol. 10 pp. 505-520, 1968.
- Piaget, J.: "The Psychology of Intelligence". Harcourt Brace, N. Y., pp. 53-86, 1950.

- Piaget, J.: Inhelder, B.; en: "Representation de l'Espace chez l'Enfant". París, Les Presses Universitaires de France, 1948.
- Prechtl, H. F. R.: "The Long Term Value of the Neurological Examination of the new Infant". Little Club Clinics in Develop. Med. Vol. 2, p. 63 Londres, 1960.
- Radler, D. H. y Kephart, N. C.: Success Through Play. Harper & Row Publisher, Inc., pp. 21-47, 71-113, 1963.
- Shirley, H.: "A Behavior Syndrome Characterizing prematurely Born Children". Child Develop., Vol. 10 p. 2, 1939.
- Siegel, E.: "Helping the Brain Injured Child". Ass'n. for Brain Injured Child, 1962.
- Solórzano y B., L. de L.: "El niño con daño cerebral mínimo". "La comprensión integral del problema". Rev. de la Clínica de la Conducta No. II, Col. II, S.E.P., México, D. F., feb. 1968.
- Stevens, G. D. y Eirch, J.W.: "A Proposal for Clarification of the Terminology used to Describe Brain-Injured Children". Except. Child, Vol. 23, pp. 346-349, 1957.
- Stewart, H., Ferris, A., Pitts, H. Jr. y Craig, A. G.: "The Hyperactive Child Syndrome". Amer. J. Orthopsychiat., Vol. 36. pp. 861-867, 1966.
- Strauss, A.A., & Lehtinen, L.: Psychopathology and Education of The Brain Injured Child. Grune & Stratton, Vol. I., 1947.
- Strauss, A. A. and Kephart, N. C.: "Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child". Vol. II, Progress in Theory and Clinic., N. Y. Grune & Stratton, 1955.
- Strauss, A. A., Lehtinen L. E., Kephart, N. C., y Goldenburg S.: "Psicopatología y Educación del niño con lesión cerebral". Ed. Eudeba, Bs. As., 1964.
- Strauss, A. A. y Wernier, H.: "Qualitative Analysis of the Binet Test". Amer. J. Ment. Def., Vol. 45, pp. 50-55, 1940.

- Strauss, A.A. y Werner, H.: "Disorders of Conceptual Thinking in the Brain-Injured Child"., J. Werv. and Ment, Dis. Vol. 96, p. 153, 1942.
- Strother, C. R.: "Discovering, Evaluating, Programming for the Neurologically Handicapped Child". N'al. Soc. for Crippl^{ed} Child and Adults, Inc., p. 13, 1963.
- Thomas, A., Chess, S., and Birch, J. G.: Temperamental and Behavior Disorders in Children. N. Y. N.Y. Univ. Press. 1968.
- Twitchell, T. E., Lecours, A. R., Rudel, R. G. y Teuber, H. J.: "Minimal Cerebral Dysfunction in Children": Motor Tests. Amer. Neurol. Assn. Vol. 91, p. 353, 1966.
- Urdapilleta, D.: "Aspectos Psicológicos del daño cerebral mínimo". Rev. de la Clín. de la Conducta, No. II, Vol. II, S. E.P., México, D. F., feb. 1968.
- Velasco Fernández R.: "El síndrome de disfunción cerebral en el niño". Rev. de la Clín. de la Conducta, No. II, Vol. II, México, D. F., feb. 1968.
- Waldrop, H. F. Pederson, F. A., y Bell, R. Q.: "Minor physical anomalies and behavior in pre-school children", Child. Develop., Vol. 39, pp. 391-400, 1968.
- Wender, P. H.,: "Minimal Brain Dysfunction in Children". Wiley & Sons Inc., 242 pp., N. Y., 1971.
- Werner H. : "Perceptual Behavior of Brain-Injured, Mentally Defective Children: An Experimental Study by Means of the Rorschach Technique", Genet. Psychol. Monograph, Vol. 31, pp. 51-110, 1945.
- Werner H., Carrison, D.: "Animistic Thinking in Brain-Injured Mentally Retarded Children". J. Abnorm., Soc. Psychol. Vol. 39 pp. 43-62, 1944.
- Wigglesworth, R.: "Minimal Cerebral Palsy". Cerebral Palsy Bull., Vol. 3, p. 293, 1961.

Zangwill, O. L: "Cerebral Dominance and its Relation to Psychological Function". Edinburgo: Oliver and Boyd, 1960.