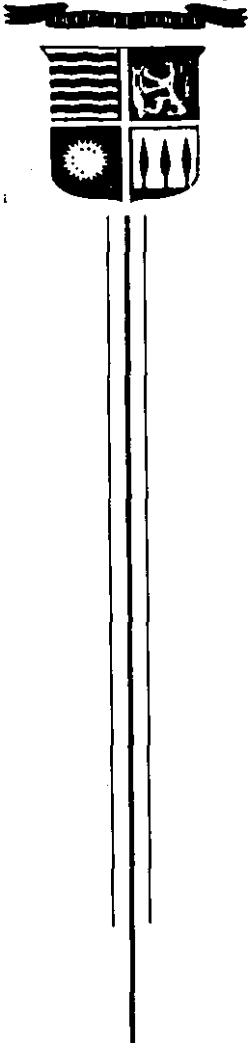


15
207

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL



ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ADAPTACION FAMILIAR, SOCIAL Y EMOCIONAL
DE PADRES DE HIJOS CON DISFUNCION
CEREBRAL MINIMA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARTHA ESTELA RODRIGUEZ SOLIS

MEXICO, D. F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Pag.

INTRODUCCION

CAPITULO 1

ADAPTACION

ANTECEDENTES.....	1
TEORIAS SOBRE ADAPTACION.....	4
INVESTIGACIONES SOBRE ADAPTACION.....	7

CAPITULO II

DISFUNCION CEREBRAL MINIMA

ANTECEDENTES.....	9
DIFERENTES POSTURAS TEORICAS SOBRE DISFUNCION -- CEREBRAL MINIMA.....	14
ETIOLOGIA DE LA DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.....	19
A. FACTORES PRENATALES.....	20
B. FACTORES PERINATALES.....	22
C. FACTORES POSTNATALES.....	23
D. FACTORES GENETICOS O CONGENITOS.....	23
PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LA DISFUNCION -- CEREBRAL.....	25
A. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE.....	25
B. DIFICULTADES PERCEPTUALES.....	28
C. INMADUREZ EN LA ACTIVIDAD MOTORA Y LATERA- LIDAD.....	32
D. DISLEXIA.....	34
E. HIPERACTIVIDAD.....	36
F. INATENCION Y FALTA DE CONCENTRACION.....	39
DETECCION DE LA DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.....	40
A. HISTORIA CLINICA.....	41
B. EXAMEN NEUROLOGICO.....	44
C. ELECTROENCEFALOGRAMA.....	48
D. EXAMEN PSICOLOGICO.....	49
ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS DE --- WECHSLER (WISC)	49
TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN...	50

TEST DE GOODENOUGH HARRIS.....	50
TEST GUESTALTICO VISO - MOTOR DE BENDER..	53
PRUEBA DE MARIANNE FROSTIG.....	53
BATERIA DE ANALISIS DE PERCEPCION VISUAL DE SPRANGS.....	55

CAPITULO III

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS PADRES

ESTRUCTURA FAMILIAR.....	60
REACCION DE LOS PADRES.....	63
CULPA.....	66
SOBREPROTECCION O RECHAZO.....	69
RELACION ENTRE LOS PADRES Y LOS PROFESIONALES....	72

CAPITULO IV

METODOLOGIA

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.....	77
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	78
PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.....	78
DEFINICION DE VARIABLES.....	80
MUESTRA.....	82
1. TIPO DE MUESTREO.....	82
2. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	82
3. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.....	83
4. TIPO DE ESTUDIO.....	84
INSTRUMENTOS.....	84

1. TEST DE INTELIGENCIA INFANTIL POR MEDIO DEL-- DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE F. L. GOODE --- NOUGH.....	85
2. TEST BENDER - GUESTALT PARA NIROS DE ELIZA--- BETH KOPPITZ.....	95
3. CUESTIONARIO DE ADAPTACION DE HUGH H. BELL PARA ADULTOS.....	100
PROCEDIMIENTO.....	105
ANALISIS ESTADISTICO.....	107
RESULTADOS.....	107
DISCUSION DE RESULTADOS.....	121
CONCLUSIONES.....	129
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	132
CITAS.....	134
BIBLIOGRAFIA.....	136
ANEXOS.....	139
ANEXO 1 CUESTIONARIO DE ADAPTACION DE BELL.....	139
ANEXO 2 TEST BENDER - GUESTALTICO PARA NIROS -- DE ELIZABETH KOPPITZ.....	147
ANEXO 3 1.- CALIFICACION OBTENIDA EN EL TEST DE BENDER	
2.- CALIFICACION OBTENIDA EN EL TEST DE GOODENOUGH HARRIS.....	157

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

Considerando la Disfunción Cerebral Mínima como una área de gran importancia para la investigación psicológica, y siendo detectada en los primeros años de vida escolar (pre-primaria y primaria) dentro de la formación de la lecto-escritura - es cuando se hace más notorio este problema.

En las etapas en las que el niño presenta su mayor socia-

lización con su grupo de pares, su desarrollo y adaptación escolar, la sociedad, la familia y los docentes deberán estar alerta ante este tipo de problema.

Se han identificado a los padres de familia como a las personas más idóneas para el trabajo con sus hijos debido a que por su parte, ellos son la influencia primaria de los niños durante los años formativos (Hawkins, 1972; Harris y Cols., 1979; Johnson, 1972) y también los padres son los responsables de la educación y cuidado de los hijos (Graziano, 1967).

La importancia de orientar a los padres de familia en el desconocimiento que ellos tienen sobre el tema es elemental, principalmente en el momento en que se enteran de que su hijo sufre de Disfunción Cerebral Mínima; si se les brinda suficiente información acerca del problema al que se van a enfrentar, es más probable que su relación privada como social se vea afectada, en algunos casos evitar la desintegración de la familia.

Observando, que existe muy poca información psicopedagógica dirigida a los padres de niños con Disfunción Cerebral Mínima, es motivo de gran interés el investigar y encontrar en el presente estudio la adaptación familiar, social y emocional de padres de hijos con Disfunción Cerebral Mínima en comparación con padres de niños que no presentan Disfunción Cerebral Mínima.

CAPITULO I

ADAPTACION

A N T E C E D E N T E S

Uno de los aspectos determinantes de la personalidad es la adaptación. Desde 1930, se han investigado y diseñado pruebas psicológicas con el objetivo de conocer los diferentes aspectos de la personalidad.

Entre las principales pruebas psicológicas se pueden mencionar:

La escala de Madurez de Willoughby (1980.), se pudo observar que el autocontrol y la madurez social aumentan con la edad durante todo el periodo de crecimiento y desarrollo general.

En la Escala de Valores de Allport, Vernon y Lindsey -- (1950), evalúa por medio de la elección forzada, las actividades, intereses y creencias preferidas de una persona. Se puntúa de acuerdo a la doctrina de Spranger, quien clasifica los valores en teóricos, económicos, políticos, estéticos, sociales y religiosos. También hizo una gran aportación, elaboró una carta psicográfica con 14 rasgos de personalidad, donde de cada uno de estos rasgos fué colocado por los observadores en una escala de 1 a 100; el perfil de la personalidad total del sujeto se mostraba gráficamente por una curva en la que se unían los 14 rasgos.

El Inventario de Personalidad de R. G. Berneuter (1980), es también uno de los primeros test que se utilizó para estudiar los diferentes aspectos de la personalidad. Es un instrumento de aplicación general, compuesto por 125 preguntas, derivado en gran parte de 3 escalas " lógicas " preexistentes (una de las cuáles era el " A - S Reaction Study "). Cada una de estas escalas se propone medir una característica común y solamente una. Al utilizar las 125 preguntas se propuso Berneuter medir 4 características comunes: dominancia, -

autosuficiencia, introversión y neuroticismo. Prosiguiendo los estudios, Flanagan aplicó el análisis factorial a la escala de Berneuter y halló que reagrupando los ítems, distribuidos en dimensiones independientes, resultaban dos factores principales a los que llamó confianza en sí mismo y sociabilidad (1). Se diseñó para ser aplicado en forma individual como en grupo. Los resultados proporcionaron datos sobre desajustes potenciales incipientes o en desarrollo dentro de la personalidad.

Dentro de la teoría factorialista se puede mencionar la Escala de Autoanálisis de Raymond B. Catell.

En 1960, Mehrabian y otros investigadores, elaboraron una variedad de cuestionarios con la finalidad de medir la madurez social. Para 1970, se ideó una escala para medir el impulso hacia la obtención del éxito y el impulso para evitar el fracaso; al igual que Douglas N. Jackson, diseñó escalas de personalidad para medir la autoestima, la ansiedad, participación social, tolerancia y otros rasgos más.

A lo largo de las numerosas investigaciones que se han realizado relacionadas a la personalidad, existe también el Cuestionario de Adaptación de Hugh M. Bell (1975), que fué ampliamente utilizado para evaluar y obtener información válida acerca de lo que piensa y siente el sujeto sobre sus rela-

ciones familiares, sobre el funcionamiento de su organismo, - acerca de sus amistades o relaciones extrafamiliares, incluyendo su grado de contacto social. Nos permite averiguar también el grado de satisfacción que obtiene de su trabajo y de las circunstancias ambientales en que éste se realiza. El cuestionario sirve para aplicarlo en situaciones de consejo psicológico o similares, siempre y cuando los presuntos problemas personales del paciente caigan en cualquiera de las categorías incluidas en el test (2).

Teorías Sobre Adaptación.

Durante la primera mitad del siglo XX, diferentes especialistas como psicólogos, etc. realizaron una gran cantidad de investigaciones realizadas con los motivos y los ajustes humanos.

El término adaptación ha sido utilizado por una gran variedad de investigadores y a continuación se mencionan las siguientes:

Los trabajos de Watson (1974), produjeron una considerable influencia en el desarrollo de la moderna psicología. Watson explicó la conducta humana desde un ángulo muy mecanicista. El término " adaptación ", comenzó en esta época a utilizarse cada vez con más frecuencia (3).

L. Shaffer, al publicar en 1936 su obra " La Psicología - de la Adaptación ", define la adaptación como " el proceso biológico mediante el cual los organismos consiguen ajustarse a su medio " (4).

Gordon W. Allport en 1941, incluye en su definición de personalidad este término al que da un matiz, no solamente funcional, sino también evolucionista. Por tanto, para Allport, personalidad es la " organización dinámica en el individuo de los sistemas psicofísicos que determinan sus peculiares adaptaciones a su medio ambiente ". Además mencionan que en cada cultura los individuos establecen ciertas pautas de conducta generales a las que llama " modos de adaptación " (5).

Alfred Adler (1927), en cambio, considera que cada persona se ajusta a su medio en la medida que lucha por el poder que tiene su psicología individual; pensó que el hombre se da cuenta de todo lo que está haciendo y en base al autoexamen puede deducir el porqué de haber actuado en ciertas formas preescritas. La conciencia es el núcleo de la personalidad. Para Carl Ransom Rogers (1951), la autorealización del ser humano se ve obstaculizada cuando existe alguna dificultad en el proceso de adaptación en el sujeto; desarrolló también una técnica conocida como psicoterapia no directiva, en la que se propone que los individuos progresen en la comprensión de sí mismos y en su autonomía; el sujeto según Rogers, debe recono

cer y después eliminar sus tensiones sociales, resentimientos, dudas y conflictos internos con el fin de iniciar su progreso hacia ciertos ajustes saludables.

Desde otro punto de vista, H. M. Bell (1975) considera al yo como una especie de resorte o central encargado de facilitar la adaptación entre las demandas del organismo de una parte y la influencia del medio social o físico de otra. El yo comienza a desarrollarse desde el nacimiento y está cada vez en mejores condiciones de poder cumplir su misión en función de los aprendizajes que haya realizado. La diferencia más importante entre este concepto de adaptación y el de L. Shaffer, estriba en la inclusión del yo como un elemento más, el tercero de los tres determinantes más fundamentales de la conducta humana. A medida que el yo se va desarrollando, se va produciendo un aumento de los sentimientos y de las emociones que se producen durante las reacciones abiertas y de las que el yo toma conciencia. Es precisamente el abordaje de la toma de conciencia de esos sentimientos, emociones o situaciones, lo que explora el método de los cuestionarios, utilizando para ello como estímulos, símbolos verbales, etc. (6).

García Hoz define la adaptación como " la autorregulación de un organismo para responder de un modo positivo a la situación ambiental en que se encuentra " (7). Y Abraham Maslow asegura que la autorrealización se da a medida que el hombre -

es capaz de satisfacer sus necesidades en jerarquía y en prioridades, se adaptará mejor a su medio (8).

La salud mental del ser humano contribuye en gran medida a la eliminación de conflictos, frustraciones, etc. Siendo así que una persona " mentalmente sana " se caracteriza como bien adaptada, deduciéndose así que este tipo de persona se enfrenta con éxito a los conflictos sin que estos le causen alteraciones serias a su personalidad (9).

Investigaciones Sobre Adaptación.

Del gran número de investigaciones que a la fecha se han realizado, se abordarán las investigaciones relacionadas con la adaptación en los adultos.

El Cuestionario de Adaptación de Bell, ha sido utilizado en varios países en donde existen Centros y consejeros psicológicos, sobre todo en:

El Institute of Family Relations en los Angeles California, el Psychologic Center en San Francisco California, Columbus Testing Bureau en Ohio, Vocational Rehabilitation Service en Washington D.C. y otros lugares más.

Otra investigación en la que se utilizó el Cuestionario -

de Adaptación de Bell, fué la que se realizó con adultos de am bos sexos; los sujetos tenían edades comprendidas entre 20 y 50 años, quedando la mayoría de ellos entre los 25 y los 40. Y se determinó que para la sección de adaptación profesional, se eliminarían a las amas de casa, ya que estas no trabajaban con un salario.

C A P I T U L O I I

DISFUNCION CEREBRAL MINIMA

A N T E C E D E N T E S

El interés por el actual concepto de disfunción cerebral mínima, empezó a evolucionar a partir de investigaciones realizadas sobre las características educativas y psicológicas de los niños débiles mentales, sirviendo estas para esclarecer interrogantes relacionadas con este concepto.

Antes del año 1800, no se habían realizado investigaciones a nivel científico. De 1800 a 1870 se inician los primeros trabajos terapéuticos y educativos con tendencias humanísticas.

Pinel (1801), es el primero en distinguir a los retrasados mentales profundos, personas en estado de estupor y dementes (10). Esquirol (1818), indica por primera vez que no se trata de una enfermedad, sino de un estado de no-desarrollo de las facultades intelectuales comprobable desde la más tierna infancia y que nada puede aliviar. En este momento fué cuando dejó clara la diferencia mental y enfermedad mental; ya que la primera debe manifestarse desde el inicio de la vida y la segunda habla de un deterioro del desarrollo normal (Netchine 1983).

Años después con Jean Itard (1801), piensa en la alternativa como el medio ideal para que las personas con deficiencia mental pudieran desarrollarse y resolver sus problemas. Las investigaciones realizadas por Itard, repercutieron en Montessori, Seguin y Guggenguehl, siendo este último el que instituyó la primera casa-escuela para "cretinos o deficientes mentales", mismo que tuvo mucho reconocimiento en Europa por la labor y ayuda que desempeñaba. Contribuyendo así a la recuperación de estas personas pero sobre todo por los resultados tan favorables que obtenía. (Bralavsky, 1983).

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, se abren cada vez más Instituciones para dar tratamiento a personas con deficiencia mental profunda o media. Debido a las decepciones sufridas al no lograr las expectativas pensadas para los pacientes, la ausencia de presupuesto y motivación se vuelve tipo asilo, donde se pierde el deseo de educar, parece hospital, parece cárcel, todo menos escuela (Perón, 1983).

Con relación a las personas débiles mentales leves, no fué posible hasta 1890 que se les constituyó como obligatoria la asistencia a la escuela elemental, al no poder seguir el ritmo de aprendizaje de sus compañeros de la misma edad, los fracasos resultaban los recursos intelectuales que poseían. Debido a esto en esa época la debilidad mental apareció como incapacidad escolar. Ante este problema, se exigió la educación académica a las personas con debilidad mental, creando escuelas especiales para personas con desventajas intelectuales y fué Alemania el primer país en llevar a efecto tal decisión. Para 1905, ya tenía 583 clases especiales con 12,000 alumnos deficientes. Posteriormente fueron apareciendo escuelas semejantes en toda Europa, aunque era todavía indispensable identificar acertadamente a los alumnos que la necesitaban; debido a esta necesidad surgen investigaciones de autores tales como: Francis Galton, James Catell y Alfred Binet que inspirados en las investigaciones realizadas por Esquirol, Itard y Pinel buscan obtener en una forma cuantitativa los atributos y las ca--

características de los seres humanos para poder predecir su conducta y su potencial de desarrollo. Fue Binet (1911), el que se interesó en el estudio de aquellos individuos que presentaban desviaciones conductuales, particularmente en niños, por lo que conjuntamente con otros investigadores creó una serie de instrumentos o pruebas destinados a la medición objetiva de los procesos mentales complejos, estas pruebas a su vez originaron la creación de otras más que de acuerdo a los resultados obtenidos en posteriores investigaciones se han estado modificando, ejemplo de ello son la escala de Binet-Simon, y la escala de Wechsler entre otras más (Morales, 1981).

Con los progresos de las investigaciones realizadas y gracias a sus valiosas aportaciones, se ha podido llegar a la conclusión que siempre han existido niños con dificultades de aprendizaje producidos por trastornos mínimos del cerebro. Hasta hace poco tiempo se desarrolló el interés por el niño con problemas de aprendizaje. En los Estados Unidos de América, en Michigan hacia 1940, comenzaron las investigaciones iniciales sobre las características y las necesidades psicológicas y educativas de estos niños a cargo de los doctores: Heinz Werner y A. Strauss, juntos trataron en aprender más acerca de como captaban las cosas los niños con incapacidades de aprendizaje: como oían, veían y comprendían el mundo. Los estudios de estos investigadores se centraron en los niños con incapacidades de aprendizaje que a la vez eran retrasados men

tales, sus aportaciones estimularon a otros para que realizaran estudios con niños de un nivel intelectual más elevado. Para Johnson y Myklobust (1983), han sugerido el término de " dificultad psiconeurológica ", señalan que en la parálisis cerebral el factor común es un trastorno motor, que en el retardo mental existe una muy baja habilidad mental generalizada. En los casos de dificultades psiconeurológicas para el aprendizaje, sucede que todos estos sentidos y habilidades son adecuados y, sin embargo, existe una deficiencia en el aprendizaje que caracteriza el común de esta alteración (Lester, 1983).

Desde otro punto de vista, hay autores que engloban en el término todas las dificultades para el aprendizaje, incluye dentro de este concepto a todos los niños que sufren de un problema educacional relacionado con parálisis cerebral, retardo mental, trastorno emocional, ceguera, sordera, privación cultural, etc.

En la literatura aparecen frecuentemente diferentes expresiones o términos relacionados con daño cerebral y disfunción cerebral mínima, así como derivados de ella. Es por eso que los especialistas se quejan de lo inadecuado de la terminología. La disfunción cerebral mínima ha sido relacionada con las incapacidades de aprendizaje y ciertos problemas de conducta.

Diferentes Posturas Teóricas Sobre Disfunción Cerebral Mínima.

Los intentos que han realizado los investigadores para definir a la disfunción cerebral mínima han sido múltiples, por tanto, existe una gran ambivalencia y preocupación para ubicar y poder diferenciar este término con otros. De igual manera - pasa, cuando los profesionales, los padres, los maestros, etc. se preocupan por estudiar la literatura existente pueden caer fácilmente en confuciones.

A continuación se mencionarán definiciones y sus clasificaciones:

Strauss conjuntamente con sus colaboradores (1947), hicieron la descripción fundamental de los signos de la entidad, que a partir de entonces ha sido objeto de numerosas investigaciones. Ellos reconocen como características en la lesión cerebral mínima: la hiperactividad, defectos congénitos y labilidad emocional (Strauss, 1962).

Para Cruickshank y Strauss (1960), el daño cerebral lo definen como un defecto en el sistema nervioso central que altera las funciones motoras, sensoperceptuales y como consecuencia desórdenes en la conducta y reducción del rendimiento escolar (Benton, 1973).

La primera labor de fuerza del Proyecto Nacional sobre Defectos Cerebrales Mínicos en los Niños (1975), se ocupó de la terminología a la definición. Este Comité estaba compuesto por 9 médicos, entre éstos se encontraban psicólogos educativos. Pudieron identificar y enumerar 37 términos diferentes para designar los trastornos del lenguaje resultantes de un defecto neurológico en los niños de inteligencia aproximadamente normal. Se decidió que dichos términos podían agruparse en dos tipos: aquellos que designaban aspectos orgánicos del problema como " daño orgánico " y " parálisis cerebral mínima ", y un grupo que se relacionaba a un segmento o consecuencia del trastorno, como " síndrome conductual hiperkinético ", " dislexia " y " dificultades para el aprendizaje ".

El primer Comité adoptó el término de " Disfunción Cerebral Mínima " como el mejor que describía el trastorno.

La primera labor de fuerza, basó su terminología en las siguientes premisas:

1. La disfunción cerebral puede manifestarse en diversos grados y puede abarcar cualquiera a todas las áreas más específicas, es decir, el área motora, sensorial o intelectual. Este trastorno puede afectar al niño en su aprendizaje y su conducta.

2. El término disfunción cerebral mínimo se reserva para aquellos niños cuya sintomatología se presenta en una o más de las áreas específicas de la función cerebral, pero en forma leve o subclínica, sin reducir el funcionamiento general a niveles subnormales (Lester, 1983).

Werry y Quay (1972), hacen una diferenciación del daño cerebral y la disfunción cerebral mínima: " daño es cuando existe una estructura anormal del cerebro " y " disfunción es funcionamiento anormal del cerebro " (11).

Laufer (1957), considera que la disfunción cerebral: " es un funcionamiento anormal del sistema nervioso central, una conducta presente desde la infancia o primera infancia que es consecuencia de eventos que pueden haber ocurrido en el proceso del nacimiento, la época neonatal o en los primeros años de vida (12).

Según Nasland (1971), el término de " mínima " se emplea para diferenciar un cuadro clínico del que produce un daño importante y severo que se refiere a la existencia de signos neurológicos que son equívocos o están ausentes " (13).

En el Instituto de la Ceguera y Alteraciones Neurológicas (1963), se realizaron investigaciones sobre disfunción cerebral mínima, se encontró que los niños con disfunción ce-

rebral mínima tenían generalmente inteligencia normal o por encima del promedio con ciertas alteraciones en la conducta y en el aprendizaje que pueden ser leves y que son asociados con desviaciones de las funciones del sistema nervioso central. Estas desviaciones se pueden manifestar en varias combinaciones de dificultades en la percepción, en el lenguaje, en la memoria y en el control de atención, control de impulsos o en la función motora.

Y Clements (1962), define la disfunción cerebral mínima como: " un estado que se presenta en niños con inteligencia normal, con alteraciones de conducta y aprendizaje, que están asociadas en las funciones del sistema nervioso central. Estas desviaciones se manifiestan por una serie combinada de alteraciones en la atención, de impulsos y alteraciones motoras (14).

Al investigar la bibliografía relacionada con el término de disfunción cerebral mínima, aparece una lista que los indica, siendo estos los términos utilizados con mayor frecuencia:

- Niño con daño cerebral
- Niño con cerebro lesionado
- Niño hiperquinético
- Niño hiperactivo
- Niño " orgánico "

- Impedimento neurológico mínimo
- Niño con incapacidad perceptual o niño perceptualmente impedido
- Niño con disfunción
- Niño con problemas de aprendizaje
- Niño con desequilibrios o con insuficiencias en el desarrollo
- Niño con trastornos de lenguaje
- Niño con disllexia
- Inmadurez neurofisiológica
- Retraso en la madurez
- Disfunción cerebral mínima
- Disfunción del Sistema nervioso central
- Niño con defectos cognoscitivos.

Desde el punto de vista de la Dra. Boder (1984), piensa que la disfunción cerebral mínima tiene una estrecha relación con los problemas emocionales y de conducta. Este síndrome se debe a numerosas causas de origen genético y ambiental; se deben de hacer notar los factores etiológicos que actúan en forma diferente sobre las alteraciones que va a sufrir el sistema nervioso central, ya que en el síndrome de disfunción cerebral mínima intervienen específicamente en los mecanismos anatómicos y fisiopatológico en los procesos madurativos, en tanto que en el caso de daño cerebral, las lesiones que producen son de carácter irreversible y permanente (15).

Y por último Wender (1971), menciona que las manifestaciones inadecuadas de conducta en el niño con " disfunción cerebral " tienden a modificarse y a desaparecer cuando aumenta la edad cronológica del niño, principalmente en cuanto éste llega a la adolescencia (16).

Etiología de la Disfunción Cerebral Mínima.

Es difícil asegurar qué factor, naturaleza o agente originan la disfunción cerebral mínima, pudiendo producirse a partir de acontecimientos a los que anteriormente se les prestaba poca atención, y que ocurren en diferentes momentos desde el inicio de la gestación donde es imposible ejercer control, hasta años después del nacimiento.

Según el momento en que actúan, estas pueden dividirse en: las que afectan al producto mientras permanece en el útero (preparto), las que lo hacen durante el parto (periparto, factores paranatales), y las que afectan al niño después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de vida (postparto). En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70 a 80% de los casos), en tanto que las prenatales se presentan en 10 a 15% y las restantes actúan ya durante la vida extrauterina (Velasco, 1976).

A. Factores Prenatales :

Los factores prenatales que se presentan con mayor frecuencia, según Strauss (1969), son los factores exógenos los posibles causantes de una disfunción, y elaboran una lista de los factores que han sido considerados más importantes:

1. Todas las infecciones que la madre puede sufrir durante el embarazo: cardiopatías y nefropatías graves, intoxicaciones graves y carencias vitamínicas pronunciadas.
2. Otro factor que afecta es todo tipo de accidentes que sufre la madre particularmente aquél que afecta el abdomen (17).

Además de la lista mencionada anteriormente, Watson y Lowrey (1965), agregan los siguientes factores:

1. Factores mecánicos: como ligamentos amnióticos, posición fetal anormal.
2. Factores endócrinos: como la diabetes mellitus materna, ingestión de hormonas potentes.
3. Factores actínicos: como exposición a rayos X, radium, - etc.

4. Incompatibilidad sanguínea materno - fetal.
5. Anoxia del embrión por función placentaria deficiente - (18).

Para Rafael Velasco F. (1983), los posibles causantes de la disfunción cerebral mínima son los siguientes:

1. Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente - rubeola y toxoplasmosis.
2. Anoxia del producto in útero, producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiraciones de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
3. Hemorragia cerebral en el producto (generalmente micro-hemorragias) producidas por toxemia del embarazo o de otro origen, por trauma directo, diátesis hemorrágica, etc.
4. Exposición excesiva a los rayos X.
5. Disturbios metabólicos, especialmente la diabetes mellitus.
6. Factor RH, causa de Kernicterus (19).

B. Factores Perinatales.

Entre los factores que actúan durante el parto, Strauss - (1969) menciona los siguientes:

- Nacimiento prematuro
- Parto con cesárea
- Embarazo prolongado
- Eclamsia
- Mal formación pélvica
- Hemorragia preparto
- Uso de forceps
- Parto largo y difícil
- "Parto seco"
- Parto acelerado
- Anomalías de presentación
- Circulares de cordón (20).

Velazco, anota como causas fundamentales:

1. Anoxia neonatorum, producida regularmente en las siguientes situaciones: obstrucción mecánica respiratoria, atelectasias, anestésicos administrados por la madre, mal uso de sedantes, placenta previa e hipotensión pronunciada.
2. Todas las distócias capaces de producir sufrimiento fe-

tal: aplicación deficiente de forceps, maniobra de extracción expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con oxotécnicos, etc. (21).

C. Factores Postnatales.

Dentro de estos factores postnatales Strauss (1960), - menciona las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de edad, especialmente la tosferina, sarampión, escarlatina, neumonía, encefalitis y meningitis. También traumatismo craneal y secuelas debidas al RH. y Velasco, agrega a los factores antes mencionados los siguientes: neoplásias cerebrales y anoxias accidentales pasajeras.

D. Factores Genéticos o Congénitos.

Hallgren (1950), al estudiar 112 casos de niños referidos por problemas de aprendizaje, detectó que el 90% de los padres o parientes cercanos tenían problemas similares y en los casos control aproximadamente de un 10%. Otra relación encontrada en este estudio fué el 30% de los niños eran disléxicos y el 9% de sus parientes sin problemas de aprendizaje fueron caracterizados con dificultades para concentrarse. Observaciones similares fueron las de Wender (1967), él está a favor de un factor genético en la etiología del síndrome. Encontró que en una familia se presentaban varios casos de -

D.C.M. y que los niños con este síndrome tienen historias familiares en las que los padres presentaban otros tipos de alteraciones. Detectó también que dentro de una misma familia pueden existir problemas específicos en el aprendizaje de la escritura, una alteración frecuentemente asociada con el síndrome de disfunción cerebral mínima.

Estudios similares han sido reportados por Friak (1967) quien encontró dislexia en 65% de los padres o parientes cercanos de adolescentes disléxicos. Localizó el predominio de enuresis, labilidad, alteraciones en el sueño y distractibilidad entre el grupo afectado (Friak, 1967).

Otras investigaciones parecidas se encuentran en familias desorganizadas. Las madres de los niños prematuros (quien tiene el más alto riesgo de padecer disfunción), pertenecen frecuentemente a status socioeconómicos bajos y manifiestan un promedio más alto de patología social. En familias en las cuales hay múltiples ocurrencias del problema de D.C.M. en los hijos, se pueden observar diferentes patrones en los niños afectados. Un hijo miembro de esta familia puede ser clasificado como hiperactivo mientras que otro puede manifestarse como niño con dislexia y un tercero puede ser tosco.

Además varios facultativos incluyen un aspecto hereditario genético en cuanto a un proceso de desarrollo físico-psi-

cológico, lo cual aunado al crecimiento del niño tienden a cambiar su personalidad debido a las diferentes características de su medio ambiente social, económico y cultural, va a provocar en cada individuo un ajuste a su medio diferente de otro.

Principales Manifestaciones de la Disfunción Cerebral Mínima.

De acuerdo con las observaciones y las investigaciones clínicas realizadas por profesionales, ya sean éstos neurólogos, maestros, etc., se hace posible un acuerdo de las principales características que presentan los niños con D.C.M. Asimismo, es de suma importancia que en toda circunstancia cuando el término sea empleado, el niño de que se trate tendrá que ser con gran detalle identificado antes de poner en práctica el programa de instrucción y enseñanza adecuada, la terapia y su rehabilitación.

A. Dificultades de Aprendizaje.

Los niños con D.C.M., presentan ciertas dificultades con relación al aprendizaje escolar, y aún aquellos niños que se consideran con inteligencia normal y con una buena experiencia escolar. Las dificultades de aprendizaje son consideradas unos de los aspectos más importantes de la D.C.M.

En un artículo publicado en 1967, las doctoras francesas

Ilg y Louise Bates Ames del Instituto Gesell de Crecimiento para Niños en la Universidad de Yale, hicieron la siguiente declaración: " dentro de los primeros años esperamos que muchas escuelas reconozcan el hecho de que posiblemente cerca de una tercera parte de los estudiantes tienen impedimento perceptual de cierto grado y pueden o deben recibir ayuda y adiestramiento específico dentro de la situación escolar. Cuando en un niño de dificultades para el aprendizaje, se diagnostican antes de que empiece a leer, en primer año, y que reciba buena ayuda capacitadora, tiene muchas probabilidades de aprender y de evitar problemas emocionales que un niño que se diagnostica y se trata de rehabilitar más tarde. Entre más temprano es el diagnóstico, mejor es el pronóstico (Lester, 1983).

Velazco (1983), señala que en el plano escolar son niños con ciertas dificultades para desarrollar ejercicios, las dificultades escolares actúan también como generadoras de hiperactividad, falta de atención, debido a que el niño se distrae con frecuencia.

En general el niño empieza a presentar su incapacidad al llegar a la edad pre-escolar; cuando los problemas de aprendizaje lo enfrentan al fracaso escolar.

Como ya es sabido, para que exista un aprendizaje se involucran varios procesos, entre ellos se considera a la memo-

ria esencial para estos procesos. Se empezará por definir "qué es la memoria" se refiere a los efectos relativamente permanentes de la experiencia. La retención de los efectos de la experiencia esencial en el proceso del aprendizaje" (22). La memoria tiene dos funciones que son: 1) evocación: que es la capacidad para traer a la conciencia el material aprendido. 2) identificación: es la capacidad de reconocer el material aprendido (23).

Debido a estas dos funciones, para que se efectúe un aprendizaje en condiciones normales, es necesario un lapso de atención que permitirá el evocar e identificar lo que se ha aprendido. Como se ha podido analizar, los niños con D.C.M. se distraen con cualquier tipo de estímulos tanto interno como externos; por esto se comprende que los lapsos de atención sean excesivamente cortos y sólo durante estos lapsos se efectúa el aprendizaje racional. Por lo tanto no es que el niño con D.C.M. olvide lo que ha aprendido sino que ni siquiera percibidas por él han sido, ya que no estaba atendiendo.

Otro aspecto que contribuye a esta baja en la memoria es cuando al niño se le corrige o amonesta y se le pide que ponga mayor atención; al presentarse este aumento de tensión, se reduce su capacidad de recordar lo que le acaban de decir, aumenta su hiperactividad y se reduce su capacidad de atención y concentración. Se cierra el círculo vicioso cuya retención condu

ce a una experiencia de fracaso para el niño.

B. Dificultades Perceptuales.

Los niños con D.C.M. suelen presentar uno o varios de los problemas de inmadurez: en la percepción visual, percepción auditiva y función motora.

El término de percepción se considera importante para abordar el tema de las dificultades perceptuales.

Para la teoría de la Gestalt (1941) : " es un proceso psicológico en el cual cada una de las partes del todo es vista, oída o sentida en conexión con las otras partes, resultando un complejo reconocible inmediatamente y en forma exclusiva " (24). Este proceso es una integración de partes de un todo que la suma de dichas partes. Esta capacidad de integración depende de la organización del sistema nervioso y de todo el organismo.

Dentro de las dificultades perceptuales, los profesionales han conocido procesos cognitivos que afectan el rendimiento del niño en el área del aprendizaje: 1) inversión del campo visual: el niño presenta inmadurez en poder destacar la figura del fondo en que ésta se encuentra, y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia. A esto se le llama inversión

figura-fondo.

En el caso de un niño con disfunción cerebral mínima que tiene un problema perceptual visual, a menudo parte de su problema proviene del hecho de que no ha podido desarrollar una constancia de los objetos; si los objetos le parecen diferentes cada vez que los vé, es imposible para el niño aprender sus formas. Un aspecto de la tarea con inmadurez perceptual puede ser al aprender a ver los objetos de la misma manera cada vez que los tiene delante, a fin de que aprenda a conocerlos. Muchas veces, cuando un niño ve las cosas al revés, por ejemplo " nos por son ", lo que pasa es que está leyendo en sentido contrario, o sea que está leyendo de derecha a izquierda. Esto se convierte en un problema de lateralidad para tales niños quienes deben de aprender a leer las palabras de izquierda a derecha solamente. Por otra parte, algunos niños quizá en verdad ven las letras al revés, como la b por d, lo que puede indicar una inmadurez perceptual visual o alguna otra disfunción. La práctica de recibir las letras a través de diversas modalidades como la vista, el oído y el tacto, junto con la insistencia en la enseñanza, ayuda a superar este tipo de problemas (Lester, 1983). Los maestros han observado que las distorsiones visuales no suelen ser constantes; se ha observado también, que descubren ellos mismos los errores que cometen al darse cuenta de que la palabra incorrectamente leída no tiene sentido dentro del contexto; entonces retroceden y se es-

fuerzan por decifrar la palabra distorcionada hasta que la enderezan y la leen en forma correcta. El uso de un proceso cognoscitivo para este defecto permite que algunos niños con inteligencia adecuada aprendan y compensen sus problemas perceptuales, siempre que éstos no sean demasiado grandes.

Algunas veces un niño puede sufrir de suficiente pérdida de la agudeza auditiva como no poder distinguir los sentidos comprendidos dentro de cierta altura de la escala. En tales casos, el niño requiere ayuda terapéutica semejante a la que se presenta a los duros de oído. También hay niños que no revelan deficiencia auditiva en las pruebas psicométricas, sin embargo presentan problemas para la diferenciación de los sentidos. Muchas personas que se dedican a la educación especial opinan que los problemas de la audición son los más importantes en relación con el desarrollo del lenguaje y la lectura.

Se ha sugerido, con cierta justificación, que la mayoría de los niños con dificultades para la lectura tienen un problema fundamental de proceso auditivo, quizá en justificación con algunas otras deficiencias.

El retraso en el habla y el desarrollo del lenguaje se ha postulado como uno de los indicadores más sensibles de futuros trastornos en el aprendizaje y la conducta. La razón más frecuente para que los padres busquen el consejo de profesionales

en relación a niños en edad preescolar parece deberse a su preocupación por problemas del lenguaje en sus hijos, que les hacen pensar que el niño oye mal.

La mayoría de los niños que presentan D.C.M. con dificultades en el aprendizaje, suelen tener en su mayoría una cierta inmadurez en el habla y en el desarrollo del lenguaje. Muchos niños que tienen serios problemas para distinguir los sonidos no dan muestras de ninguna deficiencia de oído en las pruebas audiométricas. Tales niños pueden tener dificultad para distinguir ciertas vocales o consonantes tales como la m y la n. Aún más frecuentemente son los trastornos de la atención. A estos niños les resulta difícil entender o acordarse de lo que oyen en una secuencia temporal o en un patrón de secuencia.

Lo característico es que si se les dan diversas órdenes - una después de la otra, se precipitan a ejecutar la primera tarea y no recuerdan las tareas. Por tanto, tendrán tendencias a ejecutar mal las pruebas sobre dígitos espaciados o las pruebas de memoria sobre una serie de sílabas sin sentido. El niño tiene dificultad en distinguir una palabra cuando no se pronuncia con claridad o cuando sólo escucha parte de la palabra. Esto lo impedirá entender un lenguaje desaliñado o de sonido diferente. Un niño puede hasta ser incapaz de concentrarse en ella.

De acuerdo con Hardy (1983), tanto los hallazgos como la investigación que se tiene en este campo, apoyan el concepto de que " los síntomas sensoriales están estrechamente interligados, y que las fallas en el manejo de la información inter sensorial y en la traducción a los sistemas de potencia motora constituye el mayor problema de los niños con disfunción " -- (Lector, 1983).

C. Inmadurez en la Actividad Motora y Lateralidad.

Se ha podido observar que los niños con D.C.M., con frecuencia tienen problemas motores y de equilibrio. Pueden presentarse en menor o mayor grado la incoordinación muscular y los problemas de lateralidad, como el no saber distinguir la derecha de la izquierda. Tales problemas generalmente se consideran inmadurez de función u otros factores, y su presencia puede ser indicadora de dicha disfunción. Gran número de especialistas también han observado que estos niños suelen tener dificultad para escribir ciertos juegos y pueden tener problemas sociales muy serios.

Existen varias series de ejercicios físicos destinados a ayudar al niño a desarrollar el control de los músculos pequeños y grandes, la lateralidad y el equilibrio.

Los ejercicios propuestos por Kephart, Barsch, Frosting y

Doman - Delacato son bien conocidos. En muchos casos, estos ejercicios parecen ser valiosos para ayudar al niño a acrecentar su control, coordinación y equilibrio muscular, lo cual le sirve para escribir, jugar y para mejorar la imagen que tiene de sí mismo y su aceptación social.

Los ejercicios de lateralidad lo ayudan a distinguir la derecha de la izquierda, lo que está arriba de lo que está abajo y el frente de lo de atrás.

Algunos autores aseguran que los ejercicios motores, de equilibrio y lateralidad, son útiles para el aprendizaje de la lectura.

Tales ejercicios se incluyen en la mayoría de los programas para niños de "lento aprendizaje", así como su control y coordinación motora, su sentido de lateralidad, su destreza en los juegos, su sentido del equilibrio en los juegos y sus sentidos de confianza en sí mismo.

La importancia de establecer la lateralidad es otro tema acerca del cuál las opciones están muy rígidas. Silver y Haggin (1964), piensan que las alteraciones de lateralidad son casi universales en los niños que presentan dificultades en la lectura; Graubard (1966), encontró muchos casos de dominancia cruzada o lateralidad no establecida entre los lectores po

bres. Otros no están de acuerdo con esto.

Flick en 1966, afirma que la dominancia ojo-mano no parece estar relacionada con las dificultades de lectura. También Ayres en 1965 no encontró relación entre las funciones de lateralidad y síndromes clínicos que estudió.

En la mayoría de los estudios no se encontró que la dominancia ojo-mano y la lateralidad cruzada influyen en la dominancia cruzada, por ejemplo, cuando el niño utiliza la mano derecha y el pie izquierdo, ambos en forma permanente.

No tiene importancia para el éxito en la lectura, la dominancia mezclada (utilizar la mano derecha o la izquierda en forma indistinta) lleva confusión direccional.

D. Disllexia.

Uno de los primeros por entender los problemas del aprendizaje de los niños disléxicos, en los Estados Unidos de América fué Samuel T. Orton un neurólogo y psiquiatra quién en 1925, identificó el síndrome de dificultades de desarrollo en el aprendizaje de la lectura. En 1928, presentó su famosa ponencia y utilizó el término " estrefosimbología " (símbolos torcidos). Sobre la base de sus investigaciones, que se continuaron durante varios años, llegó a la conclusión de que en la

disl xia no había un defecto generalizado en la percepción de la forma, sino que la deficiencia era específica para las palabras.

Algunos niños con D.C.M., presentan disl xia como sintomatología; para diagnosticar a un niño con problemas de disl xia se deben llenar ciertos criterios:

1. El niño debe tener por lo menos siete años de edad o estar terminando su primer grado de primaria antes de que se le pueda clasificar como disl xico.
2. Se habrá hecho un cuidadoso exámen del funcionamiento intelectual del niño para determinar con la mayor precisión posible su nivel de funcionamiento y para predecir sus potenciales con cierto grado de precisión.
3. Se habrá explorado su funcionamiento perceptual en todos los niveles, de manera de poder eliminar la posibilidad de una deficiencia perceptual que obstaculice la lectura (25).

Al hacer una revisión de varios estudios que postulan causas posibles de dificultad para leer, muy pocos sugieren aunque sea remotamente, que un trastorno orgánico sea el origen de que los niños no pueden aprender a leer.

Conners (1967), menciona que un criterio importante para el reconocimiento de la disfunción cerebral mínima es el fracaso para aprender, a pesar de la inteligencia general adecuada. Cualquier condición que afecta la integridad del sistema nervioso central puede afectar la compleja tarea de la lectura.

La ejecución de este niño en tareas de lectura oral es deficiente, existiendo confusiones perceptuales, inadecuada discriminación de fonemas, confusiones auditivas, inversiones en las secuencias de letras y palabras, etc. (26).

Estos niños con D.C.M. frecuentemente tienen dificultad para orientar las letras en el espacio, hacen inversiones o rotaciones de letras, acordes o desviaciones en otras tareas perceptuales ajenas a la lectura.

E. Hiperactividad.

Otro de los síntomas que se han observado en la D.C.M. es la hiperactividad, siendo esta la más aparente de los trastornos de la conducta. Algunas veces no se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño. Como en la edad escolar, el síndrome es más notorio, frecuentemente son los maestros de

enseñanza primaria quienes lo detectan; con mayor razón si se considera que los niños hiperactivos interfieren en la buena - marcha dentro del salón de clase. Estos se levantan de su asiento, toman objetos de sus compañeros, hablan constantemente y - aún pueden gritar en los momentos más inadecuados, dando la im - presión de que sus actos no tuvieran otros propósitos que no - sean los de expresar un estímulo interior incontrolable (Ve - lazco, 1983). Wender (1967), describe en este tipo de niños una historia frecuentemente reportada por los padres describiendo a un niño que era " activo e inquieto en su infancia, se pa - ró y caminó a muy temprana edad. Son niños que constantemente estaban tocando y sacando, e inadvertidamente rompiendo jugue - tos y objetos; y tenían que ser vigilados todo el tiempo para su protección y la casa.

En la escuela siempre impacientes, incapaz de permanecer en su asiento, parándose, hablando, empujando y molestando a - sus compañeros (Wender, 1967).

La hiperactividad motora es considerada como un impedimen - to para el aprendizaje de tareas más delicadas. Son niños que dedicarían poca atención a actividades sedentarias como escri - bir, atarse los zapatos, cortar sus alimentos en trozos o com - er. La actividad motora que requieren estas tareas aparente - mente simples, estimulan al niño a ejecutar otros diferentes - movimientos más. Los movimientos delicados necesarios, para -

llevar a cabo la tarea inmediata, resultan movimientos más toscos provocados por la misma tarea.

En general los ambientes que más estimulan a los sentidos incrementan la motivación; los lugares tranquilos, sin ruidos u otros estímulos, tienden a mejorar la conducta del niño y a disminuir la actividad física de éste.

Werry (1968), Laufer (1957), y Clements (1962), proponen como un síntoma de los más relevantes para el caso del niño con problemas el de la hiperquinésia, inclusive Laufer prefiere utilizar para este tipo de niños de " desórdenes del impulso hiperquinético ".

En los niños normales, el nivel de actividad es una propiedad del organismo, el niño hiperactivo tiene un elevado nivel de actividad. Werry hace una división de niños hiperactivos en 2 grupos:

1. Pre-escolares: presenta síntomas de actividad incesante, siempre está haciendo algo, tiene mucha descarga de energía ilimitada y requiere de menos período de sueño.
2. Escolares: los síntomas aparecen como quejas de maestros, diciendo que el niño habla incesantemente, que no puede permanecer sentado.

Cruickshank (1984), también divide la hiperactividad en dos: la primera es la "hiperactividad sensorial" que el niño reacciona ante estímulos no esenciales y que puede deberse a un daño del cerebro, o puede ser también un tipo de conducta aprendida que el niño emplea para establecer relaciones cordiales con los demás. Amenudo se constituye este término por el de " distractibilidad " .

El segundo tipo de hiperactividad es la " hiperactividad motriz ", conocida también con el nombre de desinhibición motora, que se define a su vez como la incapacidad del niño para evitar una reacción a los estímulos que provocan respuestas de movimiento (27).

F. Inatención y Falta de Concentración.

Algunos autores estadounidenses prefieren llamar al síntoma " short attention spans ", que literalmente significa cortos periodos de atención. La inatención es producto de la distractibilidad del niño, la cual impide concentrar la atención y obstaculizar este proceso tan importante para el aprendizaje. La inatención está relacionada con la hiperactividad, tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente los conceptos y las ideas, con los que estos adquieren una importancia uniforme, porque el niño presta la misma atención - tanto esencial como a lo secundario. Asimismo, algunos inves-

tigadores demostraron no sólo que el niño con D.C.M. tenía un tiempo de atención más corto para jugar con un objeto, sino también que era hábil para experimentar distracciones sin interrumpir su tarea.

Stock comenta: los estímulos pueden ser internos o externos, por ejemplo, un estímulo interno que distrae al niño puede ser: un dolor de cabeza, el hambre, etc., y uno externo puede ser: los anteojos del maestro, un ruido, etc. Afirma también que este niño constantemente se distrae de una situación a otra por estímulos en cualquiera de los sentidos: visual, auditivo, tacto, olfato, etc.

Detección de la Disfunción Cerebral Mínima.

Para la detección de la disfunción cerebral mínima, es un buen punto de partida el elaborar y aplicar un buen diagnóstico. Ya que la función del diagnóstico no debe ser la de proporcionar un "membrete o etiqueta" sino más bien la de lograr una evaluación cuidadosa de la sintomatología que permita planear el manejo del caso y en la medida de lo posible, establecer un pronóstico.

A continuación se describirán los diferentes aspectos que debe llevar un diagnóstico:

A. Historia Clínica.

Es una de las fuentes más importantes de datos, cuya correcta valoración, permite ya un diagnóstico de presunción.

En este aspecto se deben de describir las anomalías "típicas" de la conducta del niño con D.C.M. El niño por lo general es llevado al especialista por la madre o la persona responsable de él.

Siempre es conveniente comparar la información de la madre con el padre y con la del maestro de la escuela (Wender, 1967).

Los aspectos que deben considerarse para una historia clínica son los siguientes:

1. FICHA DE IDENTIDAD:

- Nombre del paciente
- Edad
- Sexo
- Status socioeconómico
- Constitución familiar (número de hijos, edad y sexo de ellos).

2. MOTIVO DE CONSULTA:

- Causa por la cuál acude el paciente a consulta.
- Es importante anotar si ha recibido tratamiento previo y en qué consistió.

3. PADECIMIENTO ACTUAL:

- Descripción de la sintomatología
- Frecuencia con que la presenta
- Respuesta que obtiene por parte de sus familiares
- Reportes escolares y descripción de su conducta general.

4. ANTECEDENTES HEREDITARIOS
FAMILIARES.

- Edad de los padres en la procreación
- Estado de salud físico y mental de ambos (enfermedades orgánicas, nerviosas, etc., y núcleos de anormalidades en la familia).
- Costumbres de vida, condiciones socioeconómicas y culturales.
- Capacidad de comprensión del conflicto del niño
- Historia de salud de la madre durante el embarazo
- Curso del embarazo (considerando medicamentos, drogas, he morrágias, enfermedades virales, cardiopatías, carencias -

vitamínicas, golpes recibidos, caídas accidentales o traumatismos).

5. ANTECEDENTES PERSONALES
DEL PACIENTE:

- Lugar que ocupa el paciente en el número de hijos
- Datos referentes a su gestación
- Duración del embarazo (prematuro, prolongado)
- Trabajo de parto
- Condiciones del nacimiento (anestesia, cesárea, forceps, etc.)
- Peso al nacer
- Datos del neonato (anoxia, ictericia, etc.)
- Reacciones a estímulos externos (sueño, irritabilidad, -- etc.).

6. DESARROLLO POSTNATAL:

- Esfera motriz (edad en que desarrolló las diferentes etapas de su desarrollo: sostener la cabeza, sentarse, gatear, caminar, etc.)
- Lenguaje (a qué edad se inició, cuando hace frases, si el lenguaje es normal, si presenta alteraciones en su articulación).
- Desarrollo social (datos de crueldad con los animales, des

tructividad, aislamiento, agresividad, berrinches, baja tolerancia a la frustración, perseverancia, etc.)

- Enfermedades padecidas (a qué edad, de qué índole, con o sin complicaciones secundarias, etc.)
- Traumatismos de importancia (si hubo pérdida del conocimiento, vómitos, somnolencias, etc.).

Cuando la historia clínica del paciente se ha aplicado, - el cuadro clínico va tomando cierta forma, pero aún no se puede llegar a un diagnóstico y tener un cuadro real de la situación, dar el tratamiento adecuado al niño (Cruickshank, 1984).

B. Exámen Neurológico:

En gran parte los autores están de acuerdo en que para el caso de la disfunción cerebral mínima no es necesario efectuar un exámen neurológico pormenorizado. Sin embargo se debe de hacer un estudio neurológico completo del niño. " Toda exploración clínica requiere como base, conocimientos, de anatomía fisiológica. Puesto que los procedimientos de exámen no nos revelan enfermedades sino alteraciones anatómicas y funcionales, es mejor estudiar el signo clínico en un mecanismo de producción, relacionándolo a la alteración anatómica o funcional que presenta " (Ortega, 1968).

Las pruebas que se mencionan a continuación son las que -

especialistas utilizan frecuentemente, ya que pueden practicar se fácilmente en el consultorio:

1. Prueba dedo-nariz: consiste en que el niño toque con el índice alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador. Entre un movimiento y otro, el examinador cambia de posición su dedo. Habitualmente se comprueban las dificultades a que estos pacientes se enfrentan para conseguir resultados apenas regulares.
2. Una prueba destinada a valorar la habilidad para mover los globos oculares es la siguiente: estando niño y examinador frente a frente, se le ordena a aquél que siga exclusivamente con los ojos un objeto, generalmente una pluma, que el médico mueve en diferentes sentidos.
3. La prueba de tocamiento simultáneo sirve para poner en evidencia la incapacidad de estos pacientes para diferenciar dos estímulos táctiles cuando se le aplican al mismo tiempo en la piel.
4. Se denomina sigmultagnósia a la dificultad para describir la acción representada en un cuadro. Quién la sufre puede nombrar los objetos que vé pero no es capaz de describir las acciones que realizan.

5. Varias pruebas se relacionan con la deambulaci3n: hacer cambiar al ni1o con las puntas o los talones de los pies, pedirle que camine por una l3nea tocando con el tal3n de un pie la punta del otro, hacerlo caminar sobre un riel, etc. Todas demuestran las limitaciones de estos ni1os comparados con otros de la misma edad.

6. Regularmente los ni1os en edad escolar son capaces de -- acertar cuando se les pide que identifiquen la letra que en su espalda hemos trazado con nuestro dedo 3ndice (grafestesia).

7. La prueba de vestirse y desvestirse puede aportar datos acerca de la incoordinaci3n, tanto de los movimientos gruesos (por ejemplo, ponerse y quitarse un sweater) como de los m3s finos (abotonarse, atarse los cordones de los zapatos, etc.).

8. Otra prueba 3til es la que consiste en ordenar al ni1o - que se sienta frente al examinador y flexione una pierna para que su tal3n toque la rodilla contraria y resbale por toda la tibia hasta el suelo.

9. Pidiendo al ni1o que extienda hacia adelante los brazos con las palmas de las manos vueltas hacia abajo mientras mantiene los ojos cerrados.

10. Se denomina sinquinésia al hecho de que al intentar un movimiento más o menos complicado con un miembro, se produzcan al mismo tiempo movimientos parecidos en el miembro opuesto. Después de la edad preescolar no debe existir la sinquinésia. Se puede investigar ordenando al niño que, empezando por el meñique, toque con la punta de cada uno de sus dedos de la mano derecha, la punta del dedo pulgar de la misma.

11. La adiacocinésia o dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos. Puede investigarse de diversas maneras: una de ellas es demostrar al niño ciertos movimientos y pedirle que los ejecute él mismo. Sentados con las manos sobre las rodillas, podemos ejecutar movimientos alternantes de pronación y supinación de los antebrazos. Acostados en decúbico dorsal, levantar primero el brazo izquierdo y la pierna derecha y después, alternativamente los otros dos miembros. Normalmente después de un principio titubeante e incierto, casi todos los niños mayores de 5 a 6 años pueden hacerlo exitosamente.

12. Estereognósia es la facultad que se tiene de percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpamos pese a no verlos. Para investigarla basta con poner en las manos del niño, mientras se le mantiene con los ojos tapados, ciertos objetos ya conocidos por él (monedas, llaves, lápices, gomas, etc.) y pedirle que los identifique.

13. Los movimientos de la lengua deben investigarse dando órdenes sencillas y mostrando primero la forma de hacerlos. Se pedirá que el niño trate de llegar con la punta de la lengua a la nariz, la barbilla y a ambas comisuras labiales (Velasco, 1983).

Estas y otras pruebas deben hacerse y además algo muy importante como es el poder establecer un buen rapport creando un clima agradable y siempre tratar de que estas pruebas se hagan en forma de juego.

C. Electroencefalograma.

Como el complemento del exámen neurológico de los niños con D.C.M., el médico solicitará para seguridad de un mejor diagnóstico un electroencefalograma (EEG). En realidad el EEG debe practicarse siempre, y en ocasiones proporcionará datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro, pero incluso un trazo francamente anormal es compatible con la conducta más saludable. Lo contrario también es cierto: un niño que presente D.C.M. puede tener un E.E.G. totalmente normal. La principal variación que se puede localizar en los estudios realizados a estos niños, es la llamada inmadurez electroencefalográfica. Consiste en un aumento global de la actividad theta, a la que se suma una respuesta a la hiperventilación -- (Velasco, 1983).

D. Exámen Psicológico.

La evaluación que el psicólogo debe hacer es una parte importante para el diagnóstico, y posiblemente mayor aún para el pronóstico de las dificultades de aprendizaje. En general se recomienda la aplicación de pruebas que manifiesten y se puedan valorar en forma cualitativa la inmadurez o dificultades que - con mayor frecuencia se encuentran cuando existe disfunción cerebral mínima.

Como pruebas para establecer el coeficiente intelectual y obtener otros datos de interés, se utilizan preferentemente:

1. ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS DE WECHSLER (WISC):

Consta de 12 subtest divididos en dos grandes subtests - llamados: escala verbal y escala de ejecución. El primer subgrupo comprende los subtest: de información, comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario y retención de dígitos. El segundo subtest contiene: completación de figuras, diseño con - bloques, ensamble de objetos, símbolo de dígitos y laberintos.

Así pues, la escala de Wechsler puntualiza el papel de inteligencia global, la cuál reúne una combinación compleja de - habilidades que aunada a un determinado nivel motivacional, -

producen la conducta cuyas características racionales y propositivas definen o explican lo que se debe entender por inteligencia (Wechsler, 1969).

2. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN.

El test de matrices progresivas de Raven, mide el factor G de Spearman y requiere de la educación de relaciones con material abstracto. Consiste en 60 matrices y diseños abstractos. Existen dos formas, una para adultos y otra para niños. Para los niños la prueba consta de 36 diseños o ítems, los cuales se agrupan en tres series de 12 cada uno. El sujeto escoge la parte que falta de 6 u 8 alternativas, los ítems son agrupados en 5 series que contienen 12 matrices, con origen de dificultad creciente pero similares en principio. Las primeras series requieren exactitud de discriminación, series más difíciles envuelven analogías, permutación y alteración de patrones en otras relaciones lógicas. Se reportan normas de percentiles por cada intervalo de medio año entre 6 y 14 años, un intervalo de 5 entre 20 y 65 años. De esta prueba, se obtiene una puntuación, un percentil y un rango que da una medida de la capacidad intelectual (Wechsler, 1969).

3. TEST DE GOODENOUGH HARRIS.

En cuanto al test de Goodenough, además de los datos rela

tivos a la inteligencia, este puede aportar elementos que permiten deducir si el niño tiene una imagen corporal confusa y deformada. Por medio de este test se evalúa el grado de desarrollo del niño, a partir de una serie de operaciones que se tienen que ejecutar para cumplir la consigna; estas funciones consideradas como subyacentes en la ejecución, pueden resumirse y enumerarse como sigue:

1. ASOCIACION: Debe asociar el objeto real con los elementos gráficos entre el objeto y su representación.
2. OBSERVACION ANALITICA: Tiene que representarse mentalmente y detalles al objeto para poder representarlos en el dibujo.
3. DISCRIMINACION: Debe poder diferenciar las partes para poder integrar el todo. Es decir, seleccionar aquellos elementos indispensables para representar lo que desea.
4. MEMORIA DE DETALLE: Los procesos de retención y recuerdo, están presentes cuando tiene que expresar todas las características que conoce acerca del objeto, para elegir las y colocarlas en su lugar.
5. SENTIDO ESPACIAL: Debe analizar las relaciones espaciales de los objetos para poder darle su posición correcta.

6. JUICIO: Este factor involucra las relaciones cuantitativas, es decir, el tamaño y proporción de cada uno de los elementos que constituyen la figura humana.

7. ABSTRACCION: Una vez discriminados los elementos es necesario reducir y significar las partes del objeto para convertirlo en rasgos gráficos.

8. COORDINACION VISOMOTRIZ: Debe ser capaz de realizar trazos firmes en el dibujo, para lo cual deberá haber una perfecta relación entre los movimientos de la mano y aspectos perceptuales, especificación del ojo, etc.

9. ADAPTABILIDAD: El dibujo debe ser una representación gráfica del concepto que se tiene acerca del objeto. Esta capacidad permite al niño ir agregando y modificando rasgos conforme ocurre el desarrollo.

Estos datos también se pueden apreciar en otras pruebas, también muy empleadas como la del dibujo de una persona de Machover.

También es necesario tomar en cuenta el aspecto emocional cuya fuerza, aunque no se considere como parte fundamental de la inteligencia, es capaz de influir en la efectividad de la conducta (Goodenough, 1960).

4. TEST GUESTALTICO VISO-MOTOR DE BENDER:

La prueba de Bender, es una de las pruebas psicológicas - que evalúa facultades específicas y ayuda a descubrir las dificultades viso-motoras. Se le pide al sujeto que copie al sujeto que copie 9 figuras que se le presentan en tarjetas. La prueba de Bender es un instrumento sensitivo que refleja no sólo una lesión cerebral permanente, sino el mal funcionamiento como maduracional. Cuando un paciente se recupere de una enfermedad cerebral, puede deberse a un mejor nivel de funciones integradoras, que pueden ser diagnosticadas a través de la prueba de Bender. Estadísticamente los errores que se cometen en la copia de la prueba Gestáltica Visomotora de Bender y que sugieren D.C.M. son los siguientes: rotación, malas conexiones, puntos o círculos o viceversa, falta de angulación, superposición, omisiones y mal manejo del espacio en blanco. Todos estos errores deben ser comparados con la tabla de Lauretta Bender, que abarca de los 4 a los 11 años, con un porcentaje de errores esperados según la edad del niño y con la tabla de Elizabeth Koppitz (Koppitz, 1981).

5. PRUEBA DE MARIANNE FROSTIG:

La batería de tests que integran la prueba de Marianne Frostig (1981). Test del desarrollo de la percepción visual

puede aportarnos datos de gran importancia para diagnosticar las dificultades de aprendizaje. La prueba consiste en la medición de cinco tareas perceptuales operacionalmente definidas:

1. **COORDINACION VISOMOTORA:** Es una prueba de coordinación ojo-mano que involucra el trazo de una línea continua, curva o con ángulos; a través de un camino de diferente ancho o de un punto a otro sin líneas guías.
2. **PERCEPCION FIGURA-FONDO:** Es la percepción de una figura sobre un fondo que se va haciendo cada vez más complejo. Formas geométricas intersectadas y mezcladas son usadas para complicar el fondo.
3. **CONSTANCIA DE FORMA:** Involucra el reconocimiento de ciertas figuras geométricas presentadas en variedad de tamaños, -sombreados, texturas y posiciones en el espacio; y su discriminación entre otras figuras similares: círculos, cuadros, -rectángulos, elipses y paralelogramos son usados.
4. **POSICION EN EL ESPACIO:** Involucra la reversión y rotación de figuras presentadas en series. Se utilizan esquemas que representan objetos comunes.
5. **RELACIONES ESPACIALES:** Involucra el análisis de formas

simples y patrones. Consiste en líneas y varios tamaños y ángulos que el niño deberá reproducir, usando puntos como guía (Frostig, 1981).

Cuando la causa de estas dificultades es la disfunción cerebral mínima, se descubren con esta prueba las siguientes manifestaciones:

- Inmadurez coordinación ojo-mano, que como se sabe se relaciona fundamentalmente con la habilidad para escribir.
- Inmadurez en la capacidad de discriminación fondo y figura.
- Inmadurez para analizar las relaciones espaciales.

Se ha observado también que niños de edades mayores de inteligencia normal fallan la prueba, aún cuando los límites de edad de la prueba debido a que el desarrollo de su percepción visual a nivel de integración no es adecuada.

6. BATERIA DE ANALISIS DE PERCEPCION VISUAL DE SPRINGS.

Para la detección de un niño disléxico se utiliza una batería experimental de pruebas perceptuales visuales y auditivas y son las que se enumeran a continuación:

PRUEBA 1:

Distorsión de parecidos y diferencias entre formas simples, ordenadas y geométricas. En este nivel, la tarea del niño es distinguir el parecido y la diferencia entre formas simples, ordenadas y geométricas. Puede escoger entre figuras iguales a la figura estímulo, pero más pequeñas o más grandes; figuras parecidas a la figura estímulo, pero con cierta distorsión u orientadas de manera diferente. Al hacer pruebas repetidas el niño con trastornos perceptuales, se ha observado que los problemas de orientación ocurren con mayor frecuencia que los problemas de reversión.

PRUEBA 2:

Distorsión de parecidos y diferencias entre formas geométricas más complicadas. En este nivel, la tarea del individuo es distinguir el parecido y la diferencia entre algunas formas geométricas más complicadas. Aquí las formas tienen cierta relación entre sí y requieren un escrutinio más agudo.

PRUEBA 3:

Distorsión de parecidos y diferencia entre modelos complicados de formas geométricas. La diferencia en este nivel se relaciona con los modelos complicados de formas geométri-

cas y requiere un escrutinio muy agudo. La primera vez se requieren habilidades perceptuales de secuencia no simbólica.

PRUEBA 4:

Distinción de parecidos y diferencias entre figuras simples y ordenadas. En este nivel se introduce por primera vez el significado. El individuo debe decir cuando es posible darle un significado a lo que percibe. Esto aumenta el tiempo que se requiere para percibir cada dibujo.

PRUEBA 5:

Distinción de parecidos y diferencias entre figuras complicadas y dibujadas con más desorden. En este nivel se debe hacer la diferenciación entre materiales dibujados complicados.

PRUEBA 6:

Distinción de parecidos y diferencias en material de tipo simbólico, como letras y números. Aunque las letras o números no pertenecen a este nivel, se utiliza material de tipo simbólico a fin de que el individuo tenga que hacer muchos discernimientos del mismo tiempo de los que utiliza al percibir correctamente material simbólico.

PRUEBA 7:

Distinción de parecidos y diferencias entre palabras sin sentido. En este nivel se requieren habilidades perceptuales - simbólicas y secuenciales; las diferenciaciones deben hacerse entre palabras que carecen de sentido.

PRUEBA 8:

Prueba para la discriminación visual de palabras. Por primera vez, se hace uso de la memoria visual. El nivel de dificultad de las palabras es tal que la lectura no es un factor, sino que el énfasis está en percibir, en hacerlo en la secuencia adecuada y en retener la " Gestalt ".

PRUEBA 9:

Prueba de síntesis perceptual. El leer no implica solo la habilidad para diferenciar las letras, las sílabas y las palabras, y en percibir éstas en secuencia, sino también hacer - estas diferenciaciones mientras se sintetiza y se analiza. En este nivel, se puede valorar la habilidad del individuo para - sintetizar a través de la percepción.

PRUEBA 10:

Prueba de análisis perceptual. En este nivel, podrá uno

evaluar la habilidad del niño para analizar perceptualmente y discernir la exactitud y velocidad a la que es capaz de emprender este proceso (Lester, 1983).

CAPITULO III

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS PADRES

ESTRUCTURA FAMILIAR

A lo largo del tiempo, la familia ha sido el elemento esencial de la sociedad. Tanto para el padre como para la madre, el hijo es una prolongación del propio yo, en el que pueden proyectarse todas las esperanzas de realización.

En el núcleo familiar es en donde se aprende a convivir -

con los demás, se establecen hábitos y costumbres, así como los principios morales y la mayor parte de la educación que será el cimiento para toda la vida.

Coronado (1984), menciona una clasificación de los diferentes tipos de familias, y son las que a continuación se citan:

1. **COMPLETAS:** Son familias integradas por el padre, la madre y los hijos.
2. **INCOMPLETAS:** Son familias en las que falta alguno de los miembros, ya sea por muerte o por abandono del hogar.
3. **SUPERPOBLADAS:** Familias integradas además del padre, la madre y los hijos, por parientes o personas a la misma.

De acuerdo a su dimensión son las siguientes:

1. **ORGANIZADAS:** Son familias que se rigen por normas de conducta establecidas, las cuales se respetan y ayudan a mantener la armonía familiar. Los padres son concientes y responsables de sus obligaciones.
2. **DESORGANIZADAS:** Son familias que no cuentan con normas de conducta a seguir, el desorden es notable y viven en un am-

biente tenso y problemático.

Estas familias a su vez se subdividen en:

1. **AUTORITARIAS:** Se caracterizan porque los padres ejercen una autoridad irracional, imponiendo decisiones absurdas y obligando a sus hijos a obedecer sin importar la opinión de ellos.
2. **CONTRADICTORIAS:** Se caracterizan por la comunicación inadecuada o falta de la misma entre los padres y no existe un acuerdo mútuo del tipo de educación para los hijos creando en ellos descontrol, inseguridad y frustración.
3. **SOBREPROTECTORAS:** Se caracterizan por el excesivo cuidado de sus hijos, se les consiente demasiado, creando en ellos conductas egoístas, se vuelven manipuladores, irresponsables y caprichosos.
4. **INDIFERENTES:** Se caracterizan porque los padres son desobligados, teniendo a la familia en un abandono total y es muy común que se desintegre, creando en los hijos graves problemas de conducta.

Tales como Heuyer, Tramer, Allen, Klein, Asperger, Anna Freud, Bowlby, De Santis y Fontes, consideran que en la familia radica la base de la educación física, moral y espiritual de los hijos-

y han demostrado que en los hogares desorganizados, destruidos o incompletos, en donde niños y adultos viven entre angustias, tensiones o intensos conflictos emocionales, es en donde comienzan y se desarrollan toda clase de problemas afectivos, emocionales y de conducta de los niños (Coronado, 1984).

Reacción de los Padres.

Reca y Cols (1978), mencionan que el núcleo familiar intensifica y favorece los trastornos de conducta y/o alteraciones de la personalidad, por lo que es importante detectar la existencia de la D.C.M. como cuestión de principio. Esto permite actuar preventivamente o terapéuticamente, de acuerdo con el caso, con los medios que implican un tratamiento integral (Reca, 1978).

Lo significativo del nacimiento de un hijo varía notablemente de un matrimonio a otro, al igual que algunas de las necesidades y expectativas de los padres. Algunos investigadores como Stephen Kew (1978), mencionan ciertas necesidades o expectativas que se presentan en los padres.

Los padres esperan un hijo normal, independientemente de los temores irracionales de que algo pueda salir mal, la imagen que la pareja se forma de su hijo es siempre ideal: un niño sin defectos, normal, sano y basan sus planes en dicho ideal.

Tales expectativas inevitablemente se modifican cuando la imágen mental se transforma en realidad. Pero si el niño nace con ciertas dificultades o problemas, la discrepancia entre la imágen ideal y la realidad es aún mayor, puede ser tan grande que la pareja se encuentre temporalmente sin recursos para superar y adaptarse a la situación que debe enfrentarse.

Los padres quieren realizarse creativamente. El nacimiento de un niño no sólo es la creación de un nuevo ser, sino que puede decirse en un sentido muy real, que los padres se reproducen y así mismo cuando traen un hijo al mundo. El tener un niño sano inspira un sentimiento de virilidad en el hombre y de plenitud en la mujer; los padres esperan descendencia, el sentimiento de continuidad personal y orgullo que éste produce contribuye a configurar el significado del nacimiento que esperan. Por lo tanto, algún problema o dificultad en el niño puede acabar con este orgullo o impedir definitivamente la posibilidad de prolongar la línea familiar.

Sin embargo, la existencia de un niño con D.C.M. en la familia, trae como consecuencia una serie de reacciones como la incredulidad, rechazo, conmoción, miedo, negación, culpa y hasta frustración.

Los padres se encuentran en una situación conflictiva llena de angustia, ya que se enfrentan a problemas que anterior-

mente no tenían y sus preocupaciones sociales y económicas aumentan. La primera reacción de los padres es un imponente aturdimiento; este aturdimiento es una defensa temporal contra el dolor para dar tiempo a la mente de elaborar un sistema más adecuado.

En algunos padres se presentan ciertas crisis emocionales como podría ser " la crisis de lo inesperado ", en la que existe un cambio inesperado de la concepción que tiene la pareja de sí mismos, de su hijo y del futuro, ya que todos los padres tienen grandes proyectos para sus hijos. Otra de las crisis que pueden presentar es " la crisis de valores personales ", se presentan porque la pareja se encuentra de pronto ante una situación de valores conflictivos.

La magnitud de la primera reacción emocional varía de unos padres a otros, y puede decirse que hay dos elementos determinantes: las circunstancias en que reciben la noticia y la forma en que el médico se las comunica.

De acuerdo a la actitud que los padres tengan respecto a su familia y como manejen el problema, el ambiente familiar puede ser rechazo y/o agresión, graves problemas conyugales, amor enfermizo por parte de los padres, desinterés hacia el niño, abandono del hogar por alguno de los cónyuges, resignación de los padres, aceptación y superación del problema.

Otros padres pueden creer que si no hubiese hecho algo más o erróneo durante el embarazo, su hijo habría nacido " normal " (Weihs, 1979).

C u l p a .

La culpa es otro de los sentimientos que a veces o muy frecuentemente sienten los padres de los niños con D.C.M., a continuación se mencionan varias posturas:

Freud en 1915, dice que es " la expresión del conflicto de ambivalencia y de la eterna lucha entre el instinto de vida y el de muerte ", también lo explica como " la expresión de la tensión entre el yo y el superyo, que resulta de las fantasías agresivas en contra del padre " (Freud, 1920).

Karen Horney en 1937, relaciona la cultura como factor desencadenante de la culpa y menciona: " la cultura, es la violación de las exigencias o prohibiciones morales para determinada cultura y que la expresión de una creencia atañe a la violación de una norma que el individuo reconoce como tal " (Horney, 1979). En cambio para Alexander en 1938 los sentimientos de culpa, pertenecen a la categoría del miedo, afirma que estos tienen un efecto inhibitorio sobre la expresión de las tendencias hostiles se experimentan siempre como una tensión displacentera, con la expectativa de un daño que no se puede impedir (Alexander, 1938).

Basándose en distintos autores dice Barriguete, que los sentimientos de culpa son la convicción inconsciente que un individuo posee, el haber hecho daño a un objeto, con el cual no tuvo o tiene ligas afectivas ambivalentes. Experimentando en consecuencia, una recriminación constante de parte del superyo, dirigida al yo del sujeto (Barriguete, 1971). Klein (1975), distingue dos tipos de culpa: la culpa depresiva en la cual se tiende a reparar el objeto amado; de la culpa persecutoria en la que se busca apaciguar a un objeto temido y perseguidor. En la culpa persecutoria, la noción del tiempo tiende a dirigirse por características de proceso primario, atemporalidad donde pasado y presente se confunden, y las emociones que intervienen sólo en resentimiento y el dolor, la desesperación, el temor y autoreproches. En el caso de la culpa depresiva, las características son: el tiempo se configura de acuerdo a las leyes del proceso secundario; existe discriminación entre pasado y presente, hay perspectiva y futuro, además que los sentimientos sobresalientes son la preocupación por el objeto y por el yo, la pena, la nostalgia y la responsabilidad se manifiestan en el duelo normal con actividades sublimatorias y la reparación (Klein, 1975).

Ahora bien, algunos padres se sienten culpables no por tener un hijo con algún problema, sino por las reacciones que tienen hacia él; hay problemas que tienen que afrontar solos, relativos a los sueños fallidos con respecto al hijo, así como

los temores y sentimientos de culpa relacionados con sus propias vidas y esperanzas.

El sentimiento de culpa se presenta generalmente cuando el niño ha sido rechazado en el embarazo o si fué un hijo no deseado, que a veces da origen a diferencias entre marido y mujer, culpándose mutuamente. Otros padres pueden creer que si no hubiesen hecho algo mal o orronco durante el embarazo, su hijo habría nacido normal. Un niño con D.C.M. puede convertirse en el foco de cuantas cosas mal hechas hayan realizado los padres en su pasado.

Esta actitud que se presenta muy frecuentemente en los padres de niños con D.C.M. es el sentirse personalmente responsables del problema que está presentando su hijo; culpándose uno al otro por tal causa. En vez de interiorizar a su hijo para ayudarlo y proporcionarle un cuidado completo y positivo. Los padres necesitarán mucho uno del otro durante el proceso de desarrollo de su hijo con D.C.M. para evitar que puedan surgir barreras entre ellos. Los sentimientos de culpa, que destruyen la posibilidad de una actuación eficaz, suelen ser la base de serias dificultades entre el esposo y la mujer; constituyen los factores imperceptibles que causan la infelicidad en los individuos y rompen la armonía de lo que debiera ser una sólida pareja de cónyuges (Cruickshank, 1975).

Los padres cuyas vidas están distorsionadas seriamente por los sentimientos de culpa, inducidos por su participación real o imaginaria de la D.C.M. que presenta su hijo, bien harán en buscar una asesoría de profesionales especializados. Al disminuir sus sentimientos de culpa con ayuda de la terapia, mejor podrán dirigir todas sus energías emocionales e intelectuales para trazar un plan eficaz y realista para el niño.

Sobreprotección o Rechazo.

Uno de los rechazos más comunes de la relación entre padres y su hijo con D.C.M. es la sobreprotección. Diversos estudios han demostrado que los padres de estos niños tienden a protegerlos excesivamente, haciendo por ellos cosas que podrían hacer fácilmente por sí solos. Esto puede suceder porque la madre por ejemplo le resulta más fácil dar de comer, bañar o vestir al niño que enseñarlo a hacer todas estas actividades de un modo independiente. En otros casos, el motivo de la sobreprotección puede ser psicológico, ya que los padres temen que cualquier cosa que le suceda aumentará su propia carga de culpa. El niño con D.C.M. al sentirse sobreprotegido, se ve en la necesidad de apoyarse en las decisiones y rutina de otra persona, en casi la totalidad de las actividades que debe realizar diariamente, esta persona será la madre, el padre, o ambos. De esta manera esta dependencia, siendo en algunos casos una sobreprotección familiar que le aislará del medio exterior.

La aceptación del niño con D.C.M. por sus hermanos depende en gran parte de las actitudes paternas y de la satisfacción de las necesidades de dependencia de esos hermanos. Los conflictos subconscientes no resueltos en los padres con respecto a la aceptación básica de sus hijos, incluso si han adoptado una clara decisión positiva a este propósito, pueden causar serios daños a los otros hermanos, esto no siempre trae consigo reacciones agresivas, sino más bien retraimiento, serios trastornos nerviosos y emocionales, sobre todo si los hermanos del niño con D.C.M. son de constitución débil. Por desgracia en otras condiciones llevan frecuentemente a excluir a los niños con D.C.M. de la familia, más que a la solución de los problemas básicos de los padres. Resulta más difícil cuando el niño con D.C.M. es hijo único, los padres se sentirán inclinados a ajustar sus vidas rigurosamente a las necesidades del hijo de no hacerse con cuidado creará una situación ambiental capaz de petrificar o consolidar el problema del niño. Las necesidades específicas del niño deberán considerarse siempre en un contexto, siendo inevitable el que haya renunciadas por ambas partes. Pero cuando los sacrificios o renunciadas se consideran como frustraciones provechosas, tanto la familia como el niño con D.C.M. habrán conseguido dar un paso fundamental en el mutuo desarrollo.

Hay padres que tienen sentimientos tan negativos o irrealistas acerca de las dificultades de sus hijos para el aprendizaje

je o sus patrones inadecuados de conducta; el miedo de enfrentarse a la realidad les esperan que, no haciéndoles caso, los problemas desaparecen. Existen afortunadamente, muchos padres que se recuperan de sus reacciones iniciales de frustración y logran vencer los posibles mecanismos de defensa que naturalmente se desarrollan en tales situaciones. Estos padres empiezan a enfrentarse con la realidad y proceden a tomar medidas positivas en beneficio de sus hijos.

Algunos estudios indican que cuanto más elevado es el nivel económico y educacional de la familia, tanto mayor es la probabilidad de que el niño sea rechazado, debido quizá a que contrasta demasiado con sus hermanos, hermanas y con los compañeros de juego del vecindario. (28)

Si los padres llegan a comprender el problema, evitarán caer en actitudes de rechazo o sobreprotección, las cuales son actitudes sumamente extremas y por lo tanto negativas para el manejo del niño. Son niños que se encuentran con mucha incompreensión de sus problemas, pero al mismo tiempo se dan cuenta cuando se les acepta o se los rechaza o cuando se les quiere o no se les quiere.

Cuando el niño con D.C.M. es hijo único, les resulta más difícil a los padres el trato que le deben de dar al hijo, se sentirán inclinados a ajustar sus vidas rigurosamente a las ne

cesidades del hijo; que de no hacerse con cuidado creará una situación capaz de petrificar o consolidar el problema del niño. Las necesidades específicas del niño deberán considerarse siempre en un contexto, siendo inevitable el que haya renunciaciones por ambas partes. Pero, cuando los sacrificios o renunciaciones como frustraciones provechosas, tanto la familia como el niño habrán conseguido dar un paso fundamental en el mutuo desarrollo.

Algunos de los padres de niños con D.C.M. comentan que estos niños necesitan más cuidados que los concedidos a otros niños de la misma familia. Los mejores planes para darle a cada niño un lapso de tiempo equiparable suelen fracasar debido a situaciones inesperadas, ocurridas en el transcurso normal de las actividades diarias del niño con D.C.M. Si se les permite al problema ganar terreno en la mente de los padres, surgirán sentimientos de culpa y ese gasto inútil de energía emocional privará a todos los miembros de la familia de la base que les permitiría relaciones completas.

Relaciones entre los Padres y los Profesionales.

Los padres prestan la mayor contribución emocional o intelectual al desarrollo, problemas y futuro de sus hijos. Esto mismo ha pasado con los niños que sufren una disfunción cerebral mínima. Parece haber varias razones por las que los padres son los más adecuados para esta función. Primero, solo -

los padres tienen un interés permanente y profundo en el desarrollo total de sus propios hijos. Segundo, los padres, para solicitar ayuda, no necesitan esperar que alguien decida que el número de niños que presentan la misma sintomatología. Tercero, se ha demostrado que tanto los legisladores como las juntas directivas de las escuelas tienden a hacer más caso a las demandas de los padres que a las de los profesionales. Muchos padres se conforman con esperar asumiendo la actitud de "dejar que otra persona lo haga" (Lester, 1983).

Si un médico o el personal de la escuela no descubren los problemas del niño, ellos no hacen un esfuerzo independiente por conocerlos. Algunos padres parecen demasiado tímidos para expresarse con franqueza ante los profesionales. Quizá no estén de acuerdo con lo que el profesional les dice, pero piensan que es mejor aparentar conformidad y después, no poner en práctica los consejos que reciben. Esta actitud puede impedir que el clínico capte bien el caso, y fomenta los malentendidos y la falta de comunicación. Es mejor mantener abiertos los canales de comunicación, hablando con completa libertad, por el bien del niño. Cuando los padres son enfrentados al problema de la disfunción cerebral mínima, que presenta su hijo, comúnmente reaccionan con incredulidad, conmoción, miedo y hasta frustración, pero si solicitan a tiempo la ayuda de un psicólogo, él tratará de calmar su miedo y su frustración, pero al mismo tiempo tratará de enfrentarlos con la realidad, para que en

un momento adecuado se pueda obtener la ayuda necesaria por parte de los padres. El papel del psicólogo en este caso no es sólo de orientación, apoyo y comprensión, sino que también él tiene que detectar los padecimientos o la frustración y padecimientos a los cuáles se ven enfrentados los padres desde antes del nacimiento hasta el momento actual.

Los padres de estos niños con D.C.M., necesitan la ayuda de consejo y orientación psicológica y educacional desde la primera etapa del desarrollo infantil, en las que se guía a enseñarles a ser independientes, evitar la sobre protección, etc.

Muchos padres también sienten que una falta de comunicación entre los profesionales y ellos, piensan que necesitan saber todo lo más posible acerca de sus hijos con D.C.M. en forma inteligente; la mayoría de los padres que hacen preguntas muy precisas a los profesionales acerca de sus hijos son muy capaces de entender el resultado y la interpretación de sus pruebas, ya que por lo general ellos tienen una preparación profesional. Existen, afortunadamente, muchos padres que se recuperan de sus reacciones iniciales de frustración y logran vencer los posibles mecanismos de defensa que naturalmente se desarrollaban en tales situaciones, estos padres empiezan a enfrentarse con la realidad y proceden a tomar medidas positivas en beneficio de sus hijos.

A fin de hacer una labor inteligente, madura y afectiva en el manejo y educación de los niños con dificultades para el aprendizaje, tanto los padres como los maestros necesitan información. Si se da a los padres una imagen adecuada de los problemas de inmadurez de sus hijos y de su progreso en las escuelas, serán más capaces de hacer en el hogar una labor de ayudar para un mejor desarrollo en estos niños. Los padres pueden ayudarse unos a otros, y no sólo en comprender los problemas del niño, sino enfocar mejor un plan lógico para el ajuste personal y de la familia. (Cruickshank, 1975).

Los padres necesitan tanta información como los maestros, acerca de los materiales de enseñanza, pues son los padres por ejemplo, quienes compran juguetes, juegos, libros, etc., para sus hijos. Muchos de los artículos comprados quedan sin usar en los estantes del dormitorio de los niños porque a veces a estos padres les resultan inadecuados o porque son demasiado complicados. Es importante también que el maestro tome en cuenta el lapso de atención que es capaz de tener el niño con D.M.C. todo aquello que el maestro prepare para el niño debe comenzar y terminar con éxito dentro de los límites de atención de que es capaz el niño. El maestro debe de incrementar la atención del niño; gracias al color, se puede aumentar el valor de estímulo de una letra, de una línea, de una palabra ó de un número que el niño debe reconocer y aprender. Para algunos niños, los materiales cubrirán tres, cuatro, ocho o diez minutos de

trabajo; el niño deberá de poder comenzar y terminar con éxito, dentro de su lapso de atención, la tarea que se le presente.

También los padres deben conocer el lapso de atención - del que es capaz su hijo; si los padres tienen en mente esto, ayudarán más a sus hijos. Es de gran importancia la ayuda ó interacción que tengan los padres con sus hijos estimulándolos en las áreas donde necesiten para un mejor desarrollo maduracional.

CAPITULO IV
METODOLOGIA

En función de lo anteriormente mencionado, se consideró de gran importancia evaluar la adaptación familiar, social y emocional que presentan los padres de niños con disfunción cerebral mínima en comparación con padres de niños que no presentan disfunción cerebral mínima.

Para tratar de evaluar la adaptación, se eligieron dos diferentes grupos de padres de familia y se presenta a continuación:

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL:

El Objetivo General de esta Investigación, consiste en conocer las diferencias en los niveles de adaptación de un grupo de padres de hijos con Disfunción Cerebral Mínima y otro grupo de padres de hijos que no presenten Disfunción Cerebral Mínima, y comparar las diferencias de ambos grupos:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Detectar las diferencias en los niveles de adaptación entre los dos grupos de padres.
- Detectar las áreas en las que se manifiesta menor nivel de adaptación.

- Detectar las áreas en las que se manifiesta mayor nivel de adaptación.
- Ampliar los Servicios de Orientación a los padres en las diferentes áreas.
- Obtener resultados confiables que sirvan como lineamiento para futuras investigaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

¿Existen diferencias significativas en cuanto a la adaptación familiar, social y emocional de padres de hijos con disfunción cerebral mínima en comparación con padres de hijos sin disfunción cerebral mínima?

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS :

H¹.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adaptación familiar, social y emocional de padres de hijos con disfunción cerebral mínima en comparación con padres de hijos sin disfunción cerebral mínima.

H₀₁.- No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adaptación familiar, social y emocional de padres de hijos con disfunción cerebral mínima en comparación con padres de hijos sin disfunción cerebral mínima.

H_{T2}.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adaptación familiar de padres de hijos con disfunción cerebral mínima.

H₀₂.- No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adaptación familiar de padres de hijos con disfunción cerebral mínima en comparación de padres de hijos sin disfunción cerebral mínima.

H_{T3}.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adaptación social de padres de hijos con disfunción cerebral mínima en comparación con padres de hijos sin disfunción cerebral mínima.

H₀₃.- No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adaptación social de padres de hijos con disfunción cerebral mínima en comparación con padres de hijos sin disfunción cerebral mínima.

H_{T4}.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adaptación emocional de padres de hijos con dis-

función cerebral mínima en comparación con padres de niños sin disfunción cerebral mínima.

H₀₄.- No existen diferencias significativas en cuanto a la adaptación emocional de padres de hijos sin disfunción cerebral mínima.

DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE	OPERACIONALIZACION
Padres de hijos con disfunción cerebral mínima.	Padres que expresaron tener hijos que presentaban algún tipo de problema tanto de conducta como de aprendizaje, -- considerados como niños con disfunción cerebral mínima.
Padres de hijos sin disfunción cerebral mínima.	Padres que expresaron tener hijos que no presentaban algún tipo de problema tanto de conducta como de aprendizaje, considerados como niños sin disfunción cerebral mínima.
Nivel de Adaptación.	Esta variable se midió por medio de la puntuación que se obtuvo al contestar-

VARIABLE
INDEPENDIENTE

OPERACIONALIZACION

los padres el Cuestionario de Adaptación de Bell
(Ver anexo I).

CONCEPTUALIZACION

ADAPTACION FAMILIAR: Los individuos que obtie -
nen una nota elevada en esta escala, tienen ten -
dencia a estar mal adaptados a su medio familiar.
Por lo contrario, las notas bajas denotan una -
adaptación familiar satisfactoria.

ADAPTACION A LA SALUD: Las notas bajas indican -
un buen índice de salud física; las notas eleva -
das un mal índice de salud. Entendiéndose este -
índice de salud en el sentido de que el sujeto -
haya padecido o padezca muchas o pocas enfermeda -
des o molestias de posible origen orgánico.

ADAPTACION SOCIAL: Los individuos que tienen -
una nota elevada, tienden a ser sumisos y retraí -
dos en su forma de contactar socialmente; los in -
dividuos con notas bajas en esta escala, son do -
minantes en su forma de relacionarse con los de -
más.

ADAPTACION EMOCIONAL: Los individuos con notas elevadas, tienden a ser inestables emocionalmente. Las personas con notas bajas tienden a ser estables emocionalmente.

ADAPTACION PROFESIONAL: Los individuos con notas elevadas, tienden a estar descontentos en lo que concierne a su trabajo y ambiente laboral actuales.

Quienes obtienen notas bajas, tienden a sentirse satisfechos en lo que se refiere a su ocupación (Bell H., 1975).

NUESTRA

1.- TIPO DE MUESTREO:

La técnica de muestreo para esta investigación, se considero ser un muestreo no probabilístico, de tipo intencional, ya que se eligió una población de acuerdo a los intereses del investigador, buscando elementos que proporcionen mayor información.

2.- TAMANO DE LA MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 60 padres de familia -

elegidos en forma no probabilística, quedando distribuida de la siguiente manera:

30 padres (padre y madre) de hijos con disfunción cerebral mínima y que estos niños asistieron a escuelas de educación tradicional.

30 padres (padre y madre) de hijos sin disfunción cerebral mínima y que estos niños también asistieron a escuelas de educación tradicional.

3.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA:

Los sujetos que se seleccionaron para el presente estudio, tuvieron las siguientes características:

1) Se escogieron dos grupos de padres de familia para investigar un grupo de padres de hijos con disfunción cerebral mínima y otro grupo de padres con hijos que no presentaban disfunción cerebral mínima.

2) Los niños con disfunción cerebral mínima, al igual que los niños sin disfunción cerebral mínima, acuden a escuelas de educación tradicional; siendo ésta una Institución que ofrece formación académica y laboral a niños que no requieren de programas especiales.

3) Los niños que como complemento de su educación escolar, y debido a los problemas de disfunción cerebral mínima que presentan, y debido a estos síntomas acuden a un apoyo psicoterapéutico.

4) El nivel socioeconómico de todos los sujetos estudiados se considera un nivel medio - alto, ya que los hijos asisten a escuelas no oficiales.

5) La edad estuvo comprendida con una media en los padres de 37.55 y en las madres 33.85.

6) Se seleccionaron familias integradas, esto es que pertenecían que estar formadas por: papá, mamá e hijo o hijos. Que no fueran hijos de padres divorciados, hijos de madres solteras, etc.

4.- TIPO DE ESTUDIO:

Esta investigación es un estudio de campo, no experimental de tipo *ex post - facto*, puesto que se midieron las variables necesarias en el ámbito natural sin necesidad de controlar situaciones para que éstas se manifestaran.

INSTRUMENTOS

A continuación se mencionarán los instrumentos que se ---

utilizaron para la obtención de los datos:

1.- TEST DE INTELIGENCIA INFANTIL POR MEDIO DEL DIBUJO DE LA --
FIGURA HUMANA DE F. L. GOODENOUGH:

Goodenough en 1926, establece las bases para la utiliza --
 ción del dibujo de la figura humana de una manera distinta. A --
 partir de la prueba creada por Goodenough, constituye una técni --
 ca para medir la inteligencia general a través del análisis de --
 los pormenores de una total expresión; la representación de la --
 figura del hombre.

Para la fundamentación del test, la autora partió de una -
 hipótesis de trabajo: cuando el niño trabaja la figura humana-
 sobre un papel, no dibuja lo que ve, sino, algo al respecto; y
 por tanto no efectúa un trabajo estético, sino, intelectual; no
 ofrece una expresión de su capacidad artística, sino, de su re-
 pectorio conceptual. El volumen de este repertorio conceptual,
 "saber", crece con la edad mental y este progreso se refleja -
 en el dibujo de la figura humana que hace el niño de 5 a 10 --
 años.

Goodenough, sostiene que al medir el valor de un dibujo, -
 se mide el valor de las funciones de asociación, observación -
 analítica, discriminación, memoria de detalles, sentido espa --
 cial, juicio, abstracción, coordinación visomanual y adaptabili

dad. En su sentido, acto de dibujar la figura de un hombre, el niño dibujante debe activar diversos recursos mentales: asociar los rasgos gráficos con el objeto real, analizar los componentes del objeto y representar, valorar y seleccionar los elementos característicos, analizar las relaciones espaciales (posición), formular juicios de relaciones cuantitativas (proporcionalidad), abstraer, reducir y simplificar las partes del objeto en rasgos gráficos y coordinar su trabajo visomanual y adaptar el esquema gráfico a su concepto del objeto representado (29).

Goodenough, probó la validez y confiabilidad de su test. El estudio que durante tres semestres se realizó en los exámenes de promoción de 162 niños de primer grado a los que se había administrado el test; demuestra que la prueba posee un valor pronóstico del futuro rendimiento escolar. Ningún niño de este grupo cuyo C.I. resultó inferior a 100, se destacó en sus exámenes, y todos aquellos de C.I. por debajo de 70 fracasaron, una vez como mínimo en este periodo.

Con el objeto de precisar si la prueba puede servir en alguna medida al pronóstico del éxito escolar, se experimentó con un grupo de 286 niños de cuarto y quinto grados a los que se administró el Army Alpha, el Test de dibujo y la forma B del Test de Completamiento de Trabuc. Asimismo, se obtuvieron las estimaciones de inteligencia, suministradas por los maestros en base a una escala de cinco puntos, y se estableció una razón de proporcionalidad de progreso - grado, dividido el número de -

grados salteados o repetidos por la edad cronológica de cada uno. En el orden cero de correlaciones, se descubrió que el Army Alpha acusaba la más alta correlación con la razón progreso - grado ($r = .691$), al paso que el Test del Dibujo, el test de Completamiento de Trabue y las evaluaciones de los maestros daban .581, .593 y .597, respectivamente, en su correlación con la razón progreso - grado. Una vez que por tratamiento parcial de correlación, cada una de las pruebas restantes llegó a hacerse constante en todos los casos, se encontró que la correlación entre el Test de Dibujo y la razón progreso - grado era .377, entre Alpha y progreso - grado, .328, entre Trabue y progreso - grado .372 y entre informes de los maestros y progreso - grado .250. Todo ésto indica que el Test mide un aspecto de la mentalidad, en cierto grado, distinto del que prueba el Army Alpha o el del Comportamiento de Trabue y que probablemente los maestros desatienden cuando estiman la inteligencia de sus alumnos.

A un grupo de 334 niños, se les sometió a la prueba de dibujo y al test Stanford Binet. La correlación entre el puntaje del dibujo y las edades mentales de Binet, se computó separando las edades en grupos. También se computó la correlación entre los C.I., dados por ambas pruebas en los 334 niños. Para los grados primarios, se estableció un porcentaje de correlación con la opinión de los maestros, acerca de la inteligencia de los alumnos, próximo a .44; también se encontraron correlaciones significativas con diversos tests colectivos primarios.

Para la calificación de este test, existen normas para la puntuación:

CLASE A:

En esta clase, el tema no es identificable. El único puntaje total posible oscila entre 0 y 1. El puntaje será de 0 si el dibujo sólo está constituido por garabatos intencionados y sin control y 1 si las líneas acusan cierto control y parecen haber sido dirigidas en alguna medida por el niño. Los dibujos de este tipo muy a menudo exhibe la forma de un cuadrado, triángulo o círculo toscos, muy rudimentariamente ejecutados. Con frecuencia algunas de estas formas integran un dibujo simple. Si un dibujo de esta clase contiene mucho detalle, convendrá siempre pedir explicación al niño, pues podrá ocurrir que el dibujo en cuestión pertenezca más a la clase B que a la A.

CLASE B:

A este grupo pertenecen todos los dibujos que, con omitir su forma de expresión, por rudimentaria que ella sea, en alguna medida intentan representar la figura humana. La presencia de cada detalle especial, tiene un valor positivo que crece el puntaje total. En ningún caso se asignarán medios puntos:

1.- Presencia de la Cabeza:

Requisito.- Toda forma clara que represente la cabeza.

2.- Presencia de Piernas:

Requisito.- Cualquier procedimiento que sirva para indicar claramente las piernas.

3.- Presencia de Brazos:

Requisito.- Toda presentación que indique con claridad los brazos.

4a.- Presencia del Tronco:

Requisito.- Toda indicación clara del tronco, sea mediante una línea o una figura bidimensional de cualquier especie.

4b.- Tronco más largo que ancho:

Requisito.- Esta medida se considerará entre los puntos -- más apartados, tanto en el largo como en el ancho. Por lo general, la desigualdad es evidente y fácil de establecer a simple vista.

4c.- Hombros perfectamente indicados:

Requisito.- Es suficiente que en un dibujo de frente, aparezca un mero cambio de dirección en la línea superior del contorno y que ello produzca más impresión de concavidad que de convexidad.

5a.- Unión de brazos y piernas:

Requisito.- Brazos y piernas deben estar unidos al tronco-

en cualquier parte. Los brazos en particular pueden unirse al cuello, o en su defecto, la unión de la cabeza con el tronco. - Si en el dibujo sea de frente o de perfil, se ha omitido un brazo o una pierna; la puntuación se efectuará en base al miembro presente.

5b.- Piernas unidas al tronco:

Brazos unidos al tronco en correcta ubicación.

Requisito.- Cuando en un dibujo de frente 4c es positivo, la unión de los brazos con el tronco, ha de efectuarse exactamente en los hombros. Si 4c fuese negativo, la unión se realizará a la altura que se habrían indicado los hombros.

6a.- Presencia de cuello:

Requisito.- Cualquier indicación clara del cuello como algo diferenciado de la cabeza y del tronco.

6b.- Contorno del cuello como continuación de la cabeza, - del tronco o de ambos:

Requisito.- Se trata de un ítem que no opone mayores dificultades.

7a.- Presencia de ojos:

Requisito.- Deben estar representados ambos o uno sólo.

7b.- Presencia de narfz:

Requisito.- Todo procedimiento de presentación.

7c.- Presencia de boca:

Requisito.- El mismo del ítem precedente.

7d.- Representación de la boca y la narfz en dos dimensiones ; labios indicados:

Requisito.- En el dibujo de frente, se aprobará toda figura aproximadamente bidimensional que asemeja la verdadera forma de la narfz.

7e.- Representación de los orificios de la narfz:

Requisito.- Cualquier indicación clara. En los perfiles, este ítem se considera positivo cuando el contorno de la narfz, a la altura de la base, se prolonga hacia el interior de la cara por encima del labio superior.

8a.- Representación de los cabellos:

Requisito.- Acredítase cualquier indicación clara de cabellos.

8b.- Presencia de cabello que no excede la circunferencia del cráneo:

Mejor que un simple garabato sin transferencia, el contorno

del cráneo, no debe verse a través del cuello.

9a.- Presencia de ropas:

Requisito.- Cualquier representación clara de prendas de vestir.

9b.- Por lo menos dos prendas de vestir:

Requisito.- Que no sean transparentes, es decir, que oculten las partes del cuerpo que se supone deben cubrir.

9c.- Dibujo completo libre de toda transferencia:

Requisito.- Deben estar representados, tanto las mangas como los pantalones

9d.- Por lo menos, cuatro artículos de vestir bien definidos:

Requisito.- Las prendas deben hallarse comprendidas en la siguiente lista: sombrero, zapatos, saco, camisa, cuello, corbata, cinturón, tirantes o pantalones.

9e.- Vestimenta completa sin incongruencias:

Requisito.- Vestuario reconocible y de especie definida: -- ropa de trabajo, uniforme de soldado, etc., cualquiera que sea su tipo, la vestimenta, debe ser completa, sin incongruencias en los detalles.

10a.- Presencia de dedos:

Requisito.- Cualquier indicación clara de dedos, sin tener en cuenta la forma adoptada para representarlos.

10b.- Número correcto de dedos:

Requisito.- Cinco dedos en cada mano, cuando se vean los -- dos.

10c.- Correcto detalle en los dedos:

Requisito.- En todos los casos, los dedos están representados en dos dimensiones y siempre más largos que anchos. Además, deben formar un ángulo no mayor de 180 grados. Como en el caso del ítem anterior, si una mano estuviese oculta, calificase por los elementos de la mano visible. El punto se acreditará cuando simultáneamente se cumplan los tres requisitos.

10d.- Representación del pulgar en oposición:

Requisito.- Pulgar claramente diferenciado de los demás dedos. Este ítem, se acreditará cuando uno de los dedos laterales (considérese en especial el meñique), sea definitivamente más corto que cualquiera de los restantes.

10e.- Representación de la mano como algo distinto de dedos o brazo:

Requisito.- Por lo general no existen dificultades en esta puntuación.

11a.- Presencia de articulación en el brazo, codo, hombro o ambos:

Requisito.- Si la puntuación se hace en base a la articulación de la rodilla, exijase, como en el caso del codo, una flexión angular hacia la mitad de la pierna.

12a.- Proporción - cabeza:

Requisito.- La cabeza debe ser, a lo sumo igual a la mitad del tronco, o por lo menos, igual a un décimo del mismo.

12b.- Proporción - brazos:

Requisito.- La longitud de los brazos, será igual o poco mayor que la del tronco, pero nunca alcanzará las rodillas. En cuanto al ancho, éste será menor que el del tronco.

12d.- Proporción - pies:

Requisito.- Como las piernas, los pies se representaron en dos dimensiones. No deben tener aspecto de palos de golf; es decir, que el largo del pie debe ser mayor que la distancia de la suela al empeine. La longitud del pie no excederá del tercio de la pierna ni será menor que un décimo de la misma.

12e.- Proporción - dos dimensiones:

Requisito.- Brazos y piernas representados en dos dimensiones. Acreditase el punto aún cuando las manos y los pies sean simples líneas.

13.- Representación de tacos:

Requisito.- Cualquier forma que representa claramente el -
taco. Acreditase el punto también en los dibujos de frente con
pies en perspectiva.

14a.- Coordinación motora - líneas A:

Requisito.- Todas las líneas deben estar trazadas con cier-
ta firmeza, los puntos de unión entre ellos serán netos, sin --
tendencia a entrecruzarlas, superponerlas o a dejar espacios en
blancos entre dos extremos.

14b.- Coordinación motora - líneas B:

Requisito.- Todas las líneas trazadas firmemente y con --
unión correcta.

14c.- Coordinación motora - contorno de la cabeza:

Requisito.- Como es obvio, exijase un contorno de cabeza -
sin irregularidades no intencionadas.

2.- TEST BENDER.-.-GESTALT PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPFITZ:

Lauretta Bender, construyó el test Gealtáltico Visomotor.-
Este test clínico consiste en pedirle al sujeto que copie nueve
figuras, tal como las vea. Se analiza y evalúa a través de las
reproducciones así obtenidas, y como ha estructurado el sujeto-
estos estímulos perceptuales.

La función gestáltica visomotora es una función fundamental, ya que se encuentra asociada con diversas funciones de la inteligencia (percepción visual, habilidad motriz, memoria, conceptos temporales y espaciales y capacidad de organización). Al copiar las figuras gestálticas se puede medir y establecer el nivel de maduración del sujeto.

El test de Bender fue estandarizado sobre una muestra de 800 niños de 3 a 11 años de edad. Analizó los protocolos realizados por los niños a través del desarrollo, aportando una escala de maduración perceptivo - motriz que abarca precisamente el rango de edad estudiado en esta investigación.

Elizabeth Koppitz en 1962, construyó un nuevo sistema de calificación en base al desarrollo infantil para ser aplicado al B. G. (Bender - Gestáltico) usando puntajes crudos para las nueve figuras de Bender. Los datos normativos fueron recolectados de los registros de 1100 niños escolares de 5 a 10 años de edad cronológica; el sistema de calificación fue aplicado posteriormente de niños excepcionales, incluyendo aquellos con problemas emocionales, disfunción cerebral mínima, dificultad en el aprendizaje y retardo mental.

Además del énfasis en el desarrollo psicobiológico, los registros de Bender fueron analizados como indicadores de actitudes emocionales, de ahí que E. Koppitz haya desarrollado un segundo sistema de calificación por medio del ajuste emocional.

En 1973, en su libro "Bender - Gestalt para niños peque -- ños", la autora diferencia las distorsiones entre aquellas que reflejan inmadurez o un inadecuado funcionamiento perceptual y aquellas que no están relacionadas a la edad ni a la percepción, pero sí a factores de actitud emocional.

Las distintas distorsiones son divididas en dos escalas in dependientes de acuerdo a las diferentes funciones, ambas esca las son usadas para cada protocolo en particular.

El propósito de su libro, consiste en aportar distintas -- formas de análisis de los registros de Bender en niños pequeños, de tal manera, que el examinador pueda evaluar: su madurez per ceptual, su posible desajuste neurológico y su ajuste emocional de un simple protocolo de Bender.

Los métodos de calificación aplicables, son presentados a niños de 5 a 10 años, independientemente de su inteligencia o - del tipo de problema que presenten con excepción de sujetos re tardados, cuyas edades cronológicas alcancen los 16 años, pero su edad mental sea de 10 o menos años.

El sistema de calificación es crudo y no debe ser usado pa ra adolescentes y adultos con percepción visomotriz madura.

Los indicadores de disfunción cerebral mínima estudiados -

por Elizabeth Koppitz de las nueve figuras del test gestáltico-visomotor de Bender, se describirán a continuación:

FIGURA A:

- 1a Distorción de la forma
- 1b Desproporción
- 2 Rotación
- 3 Integración

FIGURA 1:

- 4 Distorción de la forma
- 5 Rotación
- 6 Perseveración

FIGURA 2:

- 7 Rotación
- 8 Integración
- 9 Perseveración

FIGURA 3:

- 10 Distorción de la forma
- 11 Rotación
- 12a Integración del diseño
- 12b Integración (línea)

FIGURA 4:

- 13 Rotación
- 14 Integración

FIGURA 5:

- 15 Modificación de la forma
- 16 Rotación
- 17a Desintegración del diseño
- 17b Línea continua en lugar de puntos

FIGURA 6:

- 18 Distorción de la forma
 - a) tres o más curvas sustituidas por ángulos.
 - b) ninguna curva en una o ambas líneas o líneas rectas.
- 19 Integración
- 20 Perseveración

FIGURA 7:

- 21 Distorción de la forma
 - a) desproporción entre el tamaño y los dos exágonos.
 - b) los exágonos están excesivamente deformados; adición u omisión de los ángulos, en uno o ambos hexágonos.
- 22 Rotación

23 Integración

FIGURA 8:

24 Distorción

25 Rotación (Ver anexo II)

3.- CUESTIONARIO DE ADAPTACION DE HUGH M. BELL PARA ADULTOS.

Para la investigación que se presenta, se utilizó el Cuestionario de Adaptación de H. M. Bell para adultos.

Este cuestionario fue aplicado a los dos grupos de estudio: 1) los padres de hijos con disfunción cerebral mínima 2) y padres de hijos sin disfunción cerebral mínima.

Concretamente, en el Cuestionario de adaptación de Bell, se puede obtener información válida acerca de sus amistades o relaciones extrafamiliares, incluyendo aquí su grado de contacto social y también como él considere sus modalidades de relación con los demás; nos proporciona también información sobre cómo el individuo comprende y vive sus sentimientos y emociones y hasta que punto es dueño o esclavo de su propia vida emocional; también permite averiguar el grado de satisfacción que obtiene de su trabajo y de las circunstancias ambientales en que éste se realiza.

El Cuestionario de adaptación de Bell, está elaborado para ser aplicado en forma individual, colectiva o autoadministrable. Las instrucciones aparecen en la primera página del cuestionario; para asegurarse que las personas que van a contestarlo conocen las instrucciones, lo mejor es que el examinador lea en voz alta, en tanto que los sujetos las lean también en silencio.

Está compuesto por 160 ítems, clasificado en cinco áreas: No hay tiempo límite, generalmente no se necesitan más de 30 minutos para contestar todo el cuestionario.

Cada individuo que conteste el cuestionario, debe interpretar el contenido de cada ítem por sí mismo; no obstante el examinador puede contestar a las preguntas que se le hagan, pidiendo aclaraciones sobre el significado o alcance de algunos términos.

El examinador ha de procurar conseguir una colaboración tan completa como sea posible, por parte de las personas que vayan a contestar al cuestionario. Debe hacer ver el valor y las ventajas que reportarán a cada uno de los examinados los resultados obtenidos, asegurándoles que la corrección e interpretación de las notas que se obtengan quedarán dentro de la más estricta confidencia.

Como se mencionó anteriormente, el cuestionario está ...

compuesto por cinco áreas:

- 1.- Adaptación Familiar.
- 2.- Adaptación a la Salud.
- 3.- Adaptación Social.
- 4.- Adaptación Emocional.
- 5.- Adaptación Profesional.

Cada una de las áreas, está formada a través de 32 reactivos o ítems. También existe una última área con la suma total de todas las puntuaciones que el sujeto obtuvo.

Para cada ítem, se le presentan al sujeto tres opciones de respuesta: Sí, no y una interrogante (?), en donde debe indicar su contestación según el conocimiento que tiene en sí mismo, en su forma de sentir y actuar.

Para obtener la calificación correspondiente de adaptación familiar, salud, social, emocional y profesional, deben utilizarse las claves de corrección para cada una de éstas, colocándolas sobre el cuestionario, de modo que coincidan los orificios con los números correspondientes de cada página y contar cada una de las respuestas que estén rodeadas con un círculo.

Una vez sumadas todas las respuestas que puntúan en cada escala, la cifra obtenida, se anota en la primera página del cuestionario en la casilla debajo de la P (puntuación) y al

lado de cada escala. Las respuestas con interrogante no puntúan. Debajo de las casillas D (descripción) se pone el calificativo de las escalas y que se dan en el siguiente orden: familiar, salud, social, emocional y profesional; correspondientes respectivamente a las letras: a, b, c, d y e.

Finalmente, en las casillas de interpretación de resultados, se pone el término que corresponde para expresar en palabras la puntuación obtenida: excelente, buena, normal, no satisfactoria o mala.

Con relación a la interpretación de las puntuaciones obtenidas en cada escala, se busca en las tablas de normalización, el término correspondiente a cada una de las puntuaciones (Ver anexo III).

El Cuestionario de Adaptación de Bell, permite obtener cinco medidas distintas de adaptación:

1.- Adaptación Familiar: Los individuos que obtienen una nota elevada en esta escala, tienen tendencia a estar mal adaptados a su medio familiar. Por el contrario, las notas bajas denotan una adaptación familiar satisfactoria.

2.- Adaptación a la Salud: Las notas bajas indican un buen índice de salud física; las notas elevadas un mal índice de

salud. Entendiéndose este índice de salud en el sentido de que el sujeto haya padecido o padezca muchas o pocas enfermedades o molestias de posible origen orgánico.

3.- Adaptación Social: Los individuos que tienen una nota elevada, tienden a ser sumisos y retraídos en su forma de contactar socialmente; los individuos con notas bajas en esta escala, son dominantes en su forma de relacionarse con los demás.

4.- Adaptación Emocional: Los individuos con notas elevadas, tienden a ser inestables emocionalmente.

5.- Adaptación Profesional: Los individuos con notas altas, tienden a estar descontentos en lo que concierne a su trabajo y ambiente laboral actuales. Quienes obtienen bajas, tienden a sentirse satisfechos, en lo que se refiere a su ocupación (30).

El Cuestionario, se ha validado de dos maneras:

1.- Los ítems de cada uno de los sectores del cuestionario se seleccionaron, partiendo del grado en que diferenciaban entre el 15% de individuos y el 15% de individuos que quedaban en lugar inferior en una distribución de las notas obtenidas. Solamente los ítems que diferenciaban claramente estos grupos extremos, se incluyeron posteriormente en el cuestionario que adquirió entonces su forma actual.

2.- El cuestionario se ha valido también aplicándolo a grupos de adultos que eran calificados como "muy bien" o "muy mal", adaptados por especialistas en consejo psicológico, estudiando así, el grado de diferenciación que revelaba tener el cuestionario.

Una vez construido el cuestionario, se normalizó sobre una muestra, partiéndose de la base de que los dos sexos estuvieran representados por el mismo número de sujetos, que la mitad de cada uno de estos grupos fuera de nivel cultural primario y la otra mitad de nivel cultural superior a lo elemental y de que hubiera el mismo número de sujetos, en cada uno de los cinco subgrupos de edad que se estimaron adecuados.

PROCEDIMIENTO:

Puesto que el objetivo de esta investigación, es saber si existen diferencias con relación al grado de adaptación de los padres de hijos con D.C.M. en comparación con padres de hijos sin D.C.M., se consideró de suma importancia que los grupos a estudiar, tuvieran ciertas características representativas.

El grupo de padres de hijos con D.C.M., se seleccionó acudiendo a un Centro de Habilitación Psicopedagógico, ubicado en el D. F.

Primeramente, se les solicitó a las autoridades respectivas

de este Centro, su colaboración para poder aplicar el Test --
Bonder - Gestalt, para niños de Elizabeth Koppitz y el Test de
la Figura Humana de Goodenough Harris y una entrevista a los pa
dres, para poder detectar así, los problemas de aprendizaje o --
de conducta que presentaban sus hijos.

Después de hacer una evaluación detallada de todos los ca-
sos analizados, se seleccionaron los niños que presentaban - -
D.C.M.

Posteriormente, el Cuestionario de Adaptación de Bell, se
les proporcionaba a los padres y se les pedía que lo contesta -
ran en forma individual.

Los hijos de los padres del otro grupo, que eran los niños
sin D.C.M., se seleccionaron también, aplicándoles los mismos -
tests, con el fin de controlar lo mayor posible, la muestra de
estudio. A los padres se les aplicó en igual forma el Cuestio-
nario de Adaptación de Bell.

La aplicación y respuestas a los Cuestionarios, se realiza
ron dentro de los límites previstos.

El desarrollo de esta investigación, se llevó a cabo, gra-
cias a la colaboración incondicional, tanto de los padres como
de los hijos.

G. ANALISIS ESTADISTICO:

Para probar las diferencias, entre los grupos de padres de hijos con D.C.M. y los padres de hijos sin D.C.M. se calcularon las medias y se utilizó la prueba de significancia estadística "T" de student para grupos apareados, calculándose también, los grados de libertad y los niveles de significancia.

RESULTADOS:

Inicialmente, se agruparon los puntajes, obtenidos en todas las áreas del Cuestionario de Adaptación para Adultos de -- Bell: Familiar, Salud, Social, Emocional, Profesional y el total de áreas en los dos grupos de padres investigados.

Se calcularon las medidas y la prueba de significancia estadística "T" de student, siendo la variable independiente los padres de hijos con D.C.M y los padres de hijos sin D.C.M y la variable dependiente, es el grado de adaptación.

ADAPTACION FAMILIAR:

Para detectar si existían diferencias significativas entre adaptación y la variable: Padres de hijos con y sin D.C.M., se llevó a cabo la prueba de significancia estadística "T" de -- student.

1.- PADRES DE HIJOS CON D.C.M.:

Primeramente, se analizó la adaptación familiar entre --

padres: papás y mamás de hijos con D.C.M.

Se encontró una diferencia significativa, entre los padres de hijos con D.C.M ($X = 6.93$) y las madres de hijos con D.C.M. ($Y = 8.06$), siendo el grupo de las madres, el que mostró un mayor puntaje en el área de adaptación familiar.

Para determinar la confiabilidad de los resultados obtenidos, se comparó la T_c ($T = 1.07$) y en la T_t ($T = 2.145$), con un nivel de significancia de .05. Se observó que no existen diferencias significativas entre padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M (Ver cuadro I).

2.- PADRES DE HIJOS SIN D.C.M.:

En lo que respecta a los padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M., se pudo encontrar una diferencia entre los papás ($X = 5.00$) y las mamás ($Y = 10.80$), observándose que en esta área puntúan más elevado las mamás de hijos con D.C.M que los papás.

También se pudo observar que en esta área, los padres de hijos sin D.C.M., sí presentan diferencias significativas, entre ellos. (Ver cuadro I).

CUADRO I:

ADAPTACION FAMILIAR (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA
t DE STUDENT.

AREA FAMILIAR	N	T _c	T _t	G1	N. SIG.	DECISION
Padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M.	15	1.07	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.
Padres (papá y mamá) de hijos sin D.C.M.	15	3.64	2.977	14	.01	SE RECHAZA Ho.

3.- PAPAS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Se observaron diferencias entre los papás de hijos con D.C.M. ($\bar{X}=6.93$) y los papás de hijos sin D.C.M. ($\bar{Y}=5.00$). Al analizar la prueba de significancia estadística, no existen diferencias significativas entre ambos grupos. (Ver cuadro II).

4.- MAMAS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Los resultados que se obtuvieron, fueron diferentes entre las mamás de hijos con D.C.M. ($\bar{X} = 8.06$) y las mamás de hijos sin D.C.M. ($\bar{Y} = 10.80$), pudiéndose observar, que sí existen diferencias significativas entre ambos grupos de madres. (Ver cuadro II).

CUADRO II:

ADAPTACION FAMILIAR (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA
t de STUDENT).

AREA FAMILIAR	N	T _c	T _t	GI	N.SIG.	DECISION
Papás de hijos con y sin D.C.M.	15	1.49	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.
Mamás de hijos con y sin D.C.M.	15	2.19	2.145	14	.05	SE RECHAZA Ho.

ADAPTACION A LA SALUD:

En esta área de adaptación a la salud, se analizaron los siguientes grupos:

1. PADRES DE HIJOS CON D.C.M.

Los padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M, encontrándose una diferencia en el grupo de papás ($\bar{X} = 3.93$) y en las mamás ($\bar{Y} = 5.86$). Puntuando más altas en esta área las mamás.

Al continuar analizando los resultados que se obtuvieron, se calculó con un nivel de significancia al .05, observándose así, que no existen diferencias significativas entre los papás y las mamás de hijos con D.C.M. (Ver cuadro III).

2.- PADRES DE HIJOS SIN D.C.M.

Los padres (papá y mamá) de hijos sin D.C.M., observándose

una diferencia entre ellos. Los papás ($X = 2.26$), no presentaron diferencia en comparación con las mamás ($Y = 5.26$). Y con un nivel de significancia de .05, y se observó que sí existen diferencias entre los papás y las mamás de hijos sin D.C.M. -- (Ver cuadro III).

CUADRO III:

ADAPTACION A LA SALUD (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA
t DE STUDENT)

AREA A LA SALUD	N	T _c	T _t	G ₁	N SIG.	DECISION
Padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M.	15	0.14	2.145	14	.05	ACEPTA Ho.
Padres (papá y mamá) de hijos sin -- D.C.M.	15	3.75	2.977	14	.01	SE RECHAZA Ho.

3. - PAPAS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Con relación a los padres, se analizaron las diferencias de ellos; se observó que entre los papás de hijos con D.C.M. -- ($X = 3.93$) y los papás de hijos sin D.C.M. ($Y = 2.26$).

Y al analizar los resultados obtenidos con un nivel de significancia de .05, sí existen diferencias entre los papás con y sin D.C.M (Ver cuadro IV).

4.- MAMAS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M. :

Al hacer un análisis de los resultados obtenidos, las madres de hijos con D.C.M. ($X = 5.86$) y madres de hijos sin D.C.M. ($Y = 5.26$), no observándose diferencias entre las madres. Se analizaron posteriormente los resultados con un nivel de significancia de .05, no encontrándose diferencias significativas entre los dos grupos de madres (Ver cuadro IV).

CUADRO IV:

ADAPTACION A LA SALUD (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA t DE STUDENT).

AREA A LA SALUD	N	T_c	T_t	G1	N.SIG.	DECISION
Papás de hijos con y sin D.C.M.	15	2.78	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.
Mamás de hijos con y sin D.C.M.	15	0.53	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.

ADAPTACION SOCIAL:

Con relación a esta área, se encontraron los siguientes resultados:

1.- PADRES DE HIJOS CON D.C.M.

Se evaluaron igualmente los padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M., encontrándose en papás ($X = 7.66$) y las mamás --

($\bar{Y} = 10.53$). Siendo un mayor puntaje en las mamás de hijos con D.C.M. Con un nivel de significancia de .05, encontrándose que sí existen diferencias significativas entre los papás y las mamás de hijos con D.C.M. (Ver cuadro V).

2.- PADRES DE HIJOS SIN D.C.M.

Al evaluar los puntajes que se obtuvieron, se encontró que tanto los papás ($\bar{X} = 8.60$) como las mamás ($\bar{Y} = 8.60$), no presentaron diferencias. El nivel de significancia al .05, observándose que no existen diferencias entre los papás y las mamás de hijos sin D.C.M. (Ver cuadro V).

CUADRO V:

ADAPTACION SOCIAL (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA t DE STUDENT).

AREA SOCIAL	N	T _c	T _t	G1	N. SIG.	DECISION
Padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M.	15	2.37	2.145	14	.05	SE RECHAZA Ho.
Padres (papá y mamá) de hijos sin D.C.M.	15	0	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.

3.- PADRES DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Los padres de hijos con D.C.M. ($\bar{X} = 7.66$) y los papás de--

hijos sin D.C.M. ($\bar{Y} = 8.60$). Con un nivel de significancia al .05, observándose que no existen diferencias significativas entre los papás de hijos con D.C.M. y papás de hijos sin D.C.M. - (Ver cuadro VI)

4.- MAMÁS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Se analizaron los dos grupos de madres: Las mamás de hijos con D.C.M. ($\bar{X} = 10.53$) y las madres de hijos sin D.C.M. ($\bar{Y} = 8.60$). Calculándose estos resultados a un nivel de significancia de .05.

Se observó que no existen diferencias significativas entre ambos grupos (Ver cuadro VI).

CUADRO VI:

ADAPTACION SOCIAL (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA t DE STUDENT

AREA SOCIAL	N	T _c	T _t	G1	N. SIG	DECISION
Papá de hijos y sin D.C.M.	15	1.25	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.
Mamá de hijos con y sin D.C.M.	15	1.44	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.

ADAPTACION EMOCIONAL

Con respecto al área emocional, se pudieron encontrar los siguientes resultados:

1.- PADRES DE HIJOS CON D.C.M.

También se encontró una diferencia significativa entre los papás ($\bar{X}=5.80$) y las mamás ($\bar{Y}=11.80$), presentando un puntaje mayor las madres de hijos con D.C.M. Se calculó con un nivel de significancia al .001, encontrándose así, diferencias significativas entre los papás y las mamás de hijos con D.C.M. (Ver cuadro VII).

2.- PADRES DE HIJOS SIN D.C.M.

Las puntuaciones obtenidas de los padres de hijos sin D.C.M. fue la siguiente: Los papás ($\bar{X}=6.40$) y las mamás ($\bar{Y}=11.46$), calculándose al .01 del nivel de significancia, observándose que sí existen diferencias entre los padres y las madres de hijos sin D.C.M. (Ver cuadro VII)

CUADRO VII:

ADAPTACION EMOCIONAL: (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA t DE STUDENT)

AREA EMOCIONAL	N	T _c	T _t	GI	N. SIG.	DECISION
Padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M.	15	4.25	4.140	14	.001	SE RECHAZA Ho.
Padres (papá y mamá) de hijos con y sin D.C.M.	15	3.44	2.977	14	.01	SE RECHAZA Ho.

3.- PAPAS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Los papás de hijos con D.C.M. ($\bar{X}=5.80$) y los papás de hijos sin D.C.M. ($\bar{Y}=6.40$). Al calcular el nivel de significancia fue a .05. Se observó que no existen diferencias entre ambos grupos de papás (Ver cuadro VIII).

4.- MAMAS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

En esta área, se obtuvieron en los dos grupos, las siguientes puntuaciones: En el grupo de mamás con D.C.M ($\bar{X}=11.80$) y en el grupo de mamás sin D.C.M. ($\bar{Y}=11.46$), con un nivel de significancia al .05; observándose que tampoco existen diferencias significativas entre ambos grupos (Ver cuadro VIII).

CUADRO VIII:

ADAPTACION EMOCIONAL: (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA t DE STUDENT).

AREA EMOCIONAL	N	T_c	T_t	G1	N.SIG.	DECISION
Papás de hijos con y sin D.C.M.	15	0.42	2.145	14	.05	SE ACEPTA H_0 .
Mamás de hijos con y sin D.C.M.	15	0.01	2.145	14	.05	SE ACEPTA H_0 .

ADAPTACION PROFESIONAL

En esta área de adaptacion profesional, se pudieron analizar los siguientes resultados:

1.- PADRES DE HIJOS CON D.C.M.

Los resultados obtenidos indican una diferencia significativa entre los papás ($\bar{X}=6.26$) y las mamás ($\bar{Y}=1.86$), y mostraron -- que sí existe diferencia significativa entre ellos (Ver cuadro IX).

2.- PADRES DE HIJOS SIN D.C.M.

Los papás de hijos sin D.C.M. ($\bar{X}=7.06$) y las mamás ($\bar{Y}=4.00$). Calculándose con un nivel de significancia de .05, por lo tanto, sí existen diferencias significativas entre los papás y las mamás de hijos sin D.C.M. (Ver cuadro IX).

CUADRO IX:

ADAPTACION PROFESIONAL (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA t DE STUDENT).

AREA PROFESIONAL	N	T	T	G1	N. SIG.	DECISION
Padres (mamá y papá) de hijos con D.C.M.	15	3.28	2.977	14	.01	SE RECHAZA Ho.
Padres (papá y mamá) de hijos sin D.C.M.	15	2.37	2.145	14	.05	SE RECHAZA Ho.

3.- PADRES DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Al analizar esta área, en los resultados se observó que los papás de hijos con D.C.M. ($\bar{X}=5.80$) y los papás de hijos sin --

D.C.M. ($\bar{Y}=6.40$). T con un nivel de significancia de .05, por tanto, no existen diferencias significativas entre papás de hijos con D.C.M. (Ver cuadro X).

4. - MAMÁS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Al analizar los dos grupos de madres, se pudo observar que las mamás de hijos con D.C.M. ($\bar{X}=11.80$) y las madres de hijos sin D.C.M. ($\bar{Y}=11.46$). Al calcular el nivel de significancia al .05, se encontró, por lo tanto, que no existen diferencias significativas entre las mamás de hijos con y sin D.C.M. (Ver cuadro X).

CUADRO X.

ADAPTACION PROSEFIONAL (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA t DE STUDENT).

AREA PROFESIONAL	N	T _c	T _t	G1	N. SIG.	DECISION
Papás de hijos con y sin D.C.M. --	15	0.60	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.
Mamás de hijos con y sin D.C.M. --	15	1.75	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.

ADAPTACION GENERAL

Se considera de gran importancia el hacer también un análisis total de todas las áreas del Cuestionario de Adaptación de Bell y los resultados son los siguientes:

1.- PADRES DE HIJOS CON D.C.M.

Los padres de hijos con D.C.M. mostraron que los papás ($\bar{X}=30.66$) y las mamás ($\bar{Y}=38.06$), presentaron diferencias, con un nivel de significancia de .05, por lo tanto, se observó que no existen diferencias significativas entre los papás y las mamás de hijos con D.C.M. (Ver cuadro XI).

2.- PADRES DE HIJOS SIN D.C.M.

Los resultados que se obtuvieron entre los papás ($\bar{X}=29.33$) y las mamás ($\bar{Y}=40.13$). Con un nivel de significancia al .05, por lo tanto, sí se encontraron diferencias significativas entre los papás y las mamás de hijos sin D.C.M. (Ver cuadro XI).

CUADRO XI:

ADAPTACION GENERAL (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA
t DE STUDENT)

AREA GENERAL	N	T _c	T _t	G1	N. SIG.	DECISION
Padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M.	15	2.41	2.145	14	.05	SE RECHAZA Ho.
Padres (papá y mamá) de hijos sin D.C.M.	15	2.31	2.145	14	.05	SE RECHAZA Ho.

3.- PAPAS DE HIJOS CON Y SIN D.C.M.

Con relación a los papás de hijos con D.C.M. ($\bar{X}=30.66$) y -

los papás de hijos sin D.C.M. ($\bar{Y}=29.33$) y con un nivel de significancia de .05, por lo tanto, no existen diferencias significativas entre papás de hijos con y sin D.C.M. (Ver cuadro XII):

4.- MAMÁS DE HIJOS CON Y SIN DE.C.M.

Y en los dos grupos de mamás, encontramos que en las mamás de hijos con DCM. ($X=38.06$) y las mamás de hijos sin D.C.M. ($Y=40.13$), por lo tanto, al calcular los resultados al .05, se observa que no existen diferencias significativas entre las mamás de hijos con y sin D.C.M. (Ver cuadro XII)

CUADRO XII:

ADAPTACION GENERAL (PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA t DE STUDENT)

AREA GENERAL.	N	T _c	T _t	CI	N. SIG.	DECISION
Papás de hijos con y sin D.C.M.	15	0.60	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.
Mamás de hijos con y sin D.C.M.	15	1.75	2.145	14	.05	SE ACEPTA Ho.

DISCUSION DE RESULTADOS

El propósito central del presente estudio, fue evaluar el nivel de adaptación con relación a los padres de hijos con D.C.M y en comparación con los padres de hijos sin D.C.M.

A continuación se analiza los resultados obtenidos.

ADAPTACION FAMILIAR

Se aceptan las siguientes hipótesis:

^H
T1 = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación familiar de padres: Papá y mamá de hijos con D.C.M.

^H
T2 = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación familiar de mamás de hijos con y sin D.C.M.

Se pudo observar en los resultados analizados, que en ambos grupos, las madres presentan diferencias en comparación con los padres.

Estos datos corroboran lo estudiado por Reca y Cols. (1978) donde menciona que el núcleo familiar puede intensificar o favorecer los trastornos de conducta y/o alteraciones de la personalidad.

Ya que los padres con la parte primordial para el desarrollo y estructura psíquica en sus hijos.

Asimismo, es conveniente señalar los hallazgos de Stephen Kew (1978), donde señala que los padres esperan un hijo normal, independientemente de los temores irracionales. La pareja siempre se forma una imagen idealizada de su hijo. Cuando tales expectativas se modifican muchas veces, la pareja se encuentra, ya sea, temporalmente o por grandes períodos, sin recursos para superar y adaptarse a la situación que deben enfrentarse.

Weihs (1979), considera que de acuerdo a la actitud que los padres tengan respecto a su familia y de la forma como manejan el problema, su ambiente familiar de rechazo o agresión; pudiéndose presentar graves problemas conyugales, como el abandono del hogar, por alguno de los cónyuges.

Para Coronado (1984), existe una clasificación de los diferentes tipos de familias, en donde los integrantes de éstas, favorecen o pueden producir desintegración. Menciona que en los hogares destruidos, desorganizados o incompletos en donde adultos e hijos viven entre angustias, conflictos, tensiones, etc.

Y ha observado que los niños con D.C.M., tienen algún tipo de estas familias.

ADAPTACION A LA SALUD

Se aceptan las siguientes hipótesis:

H

T1= Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación a la salud, entre los padres y las madres de hijos sin D.C.M.

H

T2= Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación a la salud, en papás de hijos con y sin D.C.M.

Aquí, se encontraron algunas diferencias, respecto a la adaptación a la salud. Las madres puntuaron más altas. Siendo que las mujeres están más inadaptadas en esta área, considerando como importantes, los procedimientos de tipo psicosomático; se observó que los causantes más comunes de conflicto son: Frecuencia de trastornos respiratorios (como asma, gripa, etc.), problemas de la piel (como alergias, granitos, etc.), dolores de cabeza, agotamiento físico, con gran frecuencia presentaban problemas de falta de sueño.

ADAPTACION SOCIAL

Se acepta la siguiente hipótesis:

H

T1 = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación social, de padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M

Los padres como menciona Weihs (1979), esperan tener un hijo normal; el tener un hijo sano, inspira un sentimiento de virilidad y de plenitud en la mujer. Los padres esperan descendencia, el sentimiento de continuidad personal, por lo tanto, algún problema o dificultad en el niño, puede acabar con este orgullo o impedir definitivamente la posibilidad de prolongar la línea familiar.

Edgerton (1980), al realizar algunos estudios relacionados con el área social, comenta que cuando más elevado es el nivel económico y educacional, hay mayor probabilidad de que el niño sea rechazado, debido quizá, a que contrasta demasiado con sus hermanos, hermanas o con los compañeros de juego del vecindario.

ADAPTACION EMOCIONAL

Se aceptan las siguientes hipótesis:

H_{T1} = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación emocional entre padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M.

H_{T2} = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación emocional entre padres (papá y mamá) de hijos sin D.C.M.

En relación a esta área de adaptación emocional, se encontraron

traron diferencias como se ha podido observar entre las parejas de padres de los dos grupos estudiados.

Curiosamente, no se encontraron diferencias entre los puntajes que se analizaron de los dos grupos de papás y de mamás.

Esto es, como menciona Weihs (1979), la existencia de un niño con algún problema, como lo es la D.C.M, trae como consecuencia en la familia una serie de reacciones como la incredulidad, el rechazo, conmoción, miedo, negación, culpa y hasta frustración.

Los padres se encuentran en una situación conflictiva llena de angustia, ya que se enfrentan a problemas que anteriormente no tenían y sus preocupaciones sociales y económicas aumentan.

Y que en algunos padres se presentan ciertas crisis de lo inesperado y la crisis de los valores personales. La magnitud de la primera reacción emocional, varía de unos padres a otros. De acuerdo a la actitud que los padres tengan respecto a su familia y como manejen el problema.

La culpa es otro sentimiento que a veces o frecuentemente sienten los padres. Como el punto de vista de Karen Horney (1979), ya que relaciona la cultura como factor desencadenante

de la culpa, ya que la cultura es la violación de las exigencias o prohibiciones morales para determinada cultura.

Para Cruickshank (1975), los padres necesitarán mucho uno del otro durante el proceso de desarrollo de su hijo con D.C.M., para evitar que puedan surgir barreras entre ellos. Los sentimientos de culpa que destruyen la posibilidad de una actuación eficaz, suelen ser la base de serias dificultades, entre el esposo y la mujer constituyen los factores imperceptibles que rompen la armonía de lo que debiera ser una sólida pareja de conyuges.

ADAPTACION PROFESIONAL

Se aceptan las siguientes hipótesis:

H_{T1} = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación profesional, entre padres (papá y mamá) de hijos con D.C.M.

H_{T2} = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación profesional entre padres (papá y mamá) de hijos sin D.C.M.

Se encontraron diferencias significativas, las cuales nos indican lo siguiente:

Al comparar el grupo de padres de hijos con D.C.M. y el otro grupo de padres, es necesario señalar que los papás de ambos grupos trabajan, mientras que las madres de ambos grupos en su gran mayoría, no trabajan.

Es de gran importancia, lo antes mencionado, ya que se considera que este aspecto pudo afectar en la puntuación obtenida en esta área. Aunque es bien sabido que en la cultura como la nuestra, es común que los padres de familia sean los que trabajan.

La interacción de la pareja en sus roles familiares respectivos, determinan el tipo de estabilidad de las relaciones familiares y como consecuencia las de trabajo.

El logro de la estabilidad, está influido por la capacidad para manejar el conflicto y el control del mismo, estará vinculado directamente con las relaciones familiares, sociales, etc.

ADAPTACION_GENERAL

Se aceptan las siguientes hipótesis:

H_{T1} = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación entre padres (papá y mamá) o de hijos con D.C.M.

H_{T2} = Existe diferencia significativa en cuanto a la adaptación entre (papá y mamá) de hijos sin D.C.M).

Se encontró relación entre las mamás de hijos con D.C.H. y el otro grupo de mamás. Al igual que los dos grupos de padres.

Es primordial, analizar las características de la dinámica familiar y de pareja, ya que se debe tener en cuenta su identidad y estabilidad emocional, tanto en forma individual, como en pareja.

CONCLUSIONES

Para abordar la presente investigación como ya se mencionó anteriormente, se aplicaron dos pruebas psicológicas: el Test de Goodenough Harris y el Test Gestáltico viso-motor de Bender.

Con estas pruebas, se lograron establecer los dos grupos: los niños con problemas de D.C.M. y los que no tienen estos problemas. Al analizar los resultados obtenidos, se pudieron-

observar características muy significativas en los niños con D.C.M. (Ver anexo III)

Las familias se pudieron abordar desde diferentes niveles de adaptación familiar, social, a la salud, emocional, profesional y una integración de todas las áreas. La conclusión primordial, es la existencia de diferencias significativas entre las madres de hijos con y sin D.C.M. y los padres también de ambos grupos; encontrándose más inadaptadas en la adaptación general a las madres de ambos grupos.

Corroborando los hallazgos de diferentes autores, han investigado sobre las madres de hijos con D.C.M., comentan que son madres que sufren de mucho stress psicológico que las madres de hijos "normales", debido a los problemas que estos niños presentan.

Estas diferencias se dan por factores culturales, en donde las madres intervienen en la educación y cuidado de sus hijos. La cultura puede influir en el área social; ya que se encontró inadaptación entre los papás y las mamás de hijos con D.C.M.

Otro factor significativo y determinante en esta inadaptación es el área familiar; aquí sí existen diferencias entre las madres de ambos grupos. Esto sucede porque a las mamás de los niños con D.C.M. tienen que darles cuidados y enseñarles a ser independientes.

Para que el niño se desarrolle en un ambiente adecuado, se debe mejorar el núcleo familiar empezando por sus padres, mejorando las relaciones interpersonales, calmando sus angustias para que recobren o permanezca su equilibrio personal. Así pues, tanto los niños con D.C.M. como los padres de hijos sin D.C.M., deben de crear un ambiente familiar lo más agradablemente posible.

Otra observación de suma importancia, es la reacción de los padres al enterarse que su hijo presenta algún problema es el "etiquetar"; y posteriormente actuar en formas inadecuadas. La incomprensión del problema sobreviene cuando el niño no se adapta a la escuela o no aprovecha las enseñanzas, es en este momento en que los padres se han de enfrentar al problema.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En el presente estudio, al hacer una recopilación del material bibliográfico, se observó que existe una gran variedad de terminología en lo que se refiere a la Disfunción Cerebral Mínima.

También, es importante mencionar que existen varios Centros que se adaptan a las necesidades del estudio, sin embar-

go no en todos permitieron el acceso, por lo tanto se sugiere que en futuras investigaciones se traten de cubrir lo mayor - posible de éstos. Asimismo, la muestra del presente estudio no es representativa a nivel nacional y no pueden generalizar se los resultados.

Se podría estudiar la influencia que pudieran tener los niños de los diferentes estilos de familias que pueden existir para que sea más amplia la población de estudio y observar el nivel de adaptación existente.

En cuanto el nivel socio - económico, se sugiere que se investigue en otros niveles socio - económicos.

Ahora bien, el tipo de educación, cuidados, cariño, etc. que los padres den a sus hijos es importante para la formación de su personalidad. Es importante mencionar que los padres del grupo de hijos con D.C.M. mandan a sus hijos a terapia, pudiendo ser este aspecto importante para que no se observaran diferencias significativas, se sugiere que será de gran interés el poder profundizar en futuras investigaciones el estudiar el nivel de adaptación y aceptación de padres de hijos con D.C.M. entre niños que acuden a terapia y niños que no acuden.

C I T A S

1. GORDON, W. (1980). La Personalidad: su configuración y desarrollo. Ed. HERDER. Barcelona, España. 510-511 p.
2. CERDA, E. (1974). Manual del Cuestionario para Adultos de H. G. Bell. Ed. HERDER. Barcelona, España. 5 p.
3. Ibid. 3p.
4. Id.
5. Id.
6. Ibid. 3-4 p.
7. Id.
8. CERDA, E. (1980). Manual de Ajustes para Adolescentes. Ed. -- Herder, Barcelona, España. 4 p.
9. DAVIDOFF, L. (1981) Introducción a la Psicología. Ed. Mc. -- Graw Hill. 417-443 p.
10. LESTER, T. (1983). Dificultades para el Aprendizaje. Edición Científicas. La Prensa Médica Mexicana. México, 93 p.
11. WERRY, J. Y. QUAY, H. (1972). Psychopathological Disorders of Childhood. Ed. John Wiley and Sons. U.S.A. 258 p.
12. LAUFER, M.; DENHOFF, M. ET AL (1957). Hyperkinetic Impulse - Disorder in Children's Behaviour Problems. U.S.A. - Vol: XIX, Núm. 1.
13. WENDER, H. (1971). Minimal Brain Dysfunction in Children Ed. - Wiley Interscience. U.S.A. 301 p.
14. CLEMENTS, S. AND PETERS, J. (1962). Minimal Brain Dysfunction in the School - Age Child. U.S.A. Vol. 6.
15. CORONADO, G. (1984). Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental. C E C S A. México. 289 p.
16. WENDER, H. (1971). Minimal Brain Dysfunction in Children Ed. - Wiley Interscience. U.S.A. 834 p.
17. STRAUSS, A.; LEHTINEN, L. ET AL (1969). Psicopatología y Educación del Niño con Lesión Cerebral. Ed. Universita ria. Buenos Aires, Argentina. 25, 26 p.
18. WATSON, E. Y. LOWREY, G. (1965). Crecimiento y Desarrollo del Niño. Ed. Trillas. México. 198 p.

19. VELASCO, F. (1983). El Niño Hiperquinético. Ed. Trillas. -- México. 25-26 p.
20. STRAUSS, A.; LEHTINEN, L. ET AL (1969). Psicopatología y -- Educación del Niño con Lesión Cerebral. Ed. -- Universitaria. Buenos Aires, Argentina. 201 p.
21. VELASCO, F. (1983). El Niño Hiperquinético. Ed. Trillas. -- México. 26 p.
22. SAWREY, J. Y TELFORD, CH. (1979). Psicopatología Educacio -- nal. Compañía Editorial Continental. México. -- 199 p.
23. MENESES, M. (1967). Psicopatología General. Ed. Porrúa. Mé -- xico. Cap. XVII. 237 p.
24. GOLSTEIN, K. Y SHERER, M. (1954). Abstract and Concrete -- Behavior, an Experimental Study with Special -- Tests. Psychology, Monograph. Number 2. 53 p.
25. LESTER, T. (1983). Dificultades para el Aprendizaje. Edicio -- nes Científicas. La Prensa Médica Mexicana. -- México. 210-211 p.
26. CONNERS, K. (1967). The Syndrome of Minimal Brain Dysfun -- tion Psychological Aspects. Pediatric Clinics -- of North America. Vol. 14.
27. CRIUCKSHANK, W. (1984). El Niño con Daño Cerebral: en la So -- ciedad, en el Hogar y en la Comunidad. Ed. Tril -- llas. México. 53-54 p.
28. EDGERTON, R. (1980). Retraso Mental. Ed. Morata. España. 63 -- 65 p.
29. BERSTEIN, J. (1979). Manual del Test de Inteligencia Infan -- til de Florence L. Goodenough. Ed. Paidós. Bue -- nos Aires, Argentina. 13 p.
30. CERDA, E. (1974). Manual del Cuestionario de Adaptación pa -- ra Adultos. Ed. Herder. Barcelona, España. 5 p.

BIBLIOGRAFIA

1. ALEXANDER, F. (1938). Remark about the relation of inferiority feeling to guilt feelings. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol. XIX.
2. ANASTASI, A. (1975). *Psicología Diferencial*. Ed. Aguilar.- México.
3. ANASTASI, A. (1978). *Tests Psicológicos*. Ed. Aguilar. 3a. edición. México.
4. BARRIGUETTE, A. (1971). *La culpa en la Génesis del Carácter*, Cuadernos de Psicoanálisis. México.
5. BENDER, L. (1985). *Test Gueatáltico Visomotor*. Ed. Paidós. 3a. reimpresión. Buenos Aires, Argentina.
6. BERSTEIN, J. (1979). *Manual del Test de Inteligencia Infantil de Florence L. Goodenough*, Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
7. CERDA, E. (1960). *Psicología Aplicada*. Ed. Herder. Barcelona, España.
8. CERDA, E. (1974). *Manual del Cuestionario para Adultos de H. G. Bell*. Ed. Herder. Barcelona, España.
9. CERDA, E. (1980). *Manual de Ajustes para Adolescentes de H. G. Bell*. Ed. Herder. Barcelona, España.
10. CLEMENTS, S. and PETERS, J. (1962). *Minimal Brain Dysfunction in the School - Age Child*. U.S.A.
11. CORONADO, G. (1984). *Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental*. CECSA. México.
12. CONNERS, K. (1967). *The Syndrome of Minimal Brain Dysfunction Psychological Aspects*. *Pediatric Clinics of North America*.
13. CRUICHSANK, W. (1984). *El Niño con Daño Cerebral: en la Sociedad, en el Hogar y en la Comunidad*. Ed. Trillas, México.
14. CUELI, J. Y REIDL, L. (1979). *Teorías de la Personalidad*. Ed. Trillas. 8a. edición. México.
15. DALE, B. (1982). *El Test de Goodenough: revisión, aplicación y actualización*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
16. DAVIDOFF, L. (1981). *Introducción a la Psicología*. Ed. Mc. Graw Hill.

17. DOWNIE, N. Y HEATH, R. (1973). Métodos Estadísticos Aplicados. Ed. Harla. México.
18. ESCOBAR, V. (1982). Estudio Preliminar de las Pruebas de -- Thurstone y Bell, Aplicadas a estudiantes de Bachillerato de una escuela privada. Tesis UNAM. México.
19. FREUD, S. (1916-1917). Duelo y Melancolía. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. España.
20. FRISK, M. Y WEGELIUS B. ET AL (1967). The Problem of Dyslexia in Teenage. Acta Paediat. Scand 56. USA.
21. GOLSTEIN, K. Y SHEERER, M. (1954). Abstract and Concrete Behavior, an Experimental Study with Special Tests. Psychology, Monograph.
22. GORDON, W. (1980). La Personalidad: su configuración y desarrollo. Ed. Herder. Barcelona, España.
23. GREENBERG, L. (1978). Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
24. GOODENOUGH, F. (1965). La Inteligencia del Niño Pequeño. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
25. HORNEY, K. (1979). El Nuevo Psicoanálisis. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
26. JONES, E. (1947). Temor, Odio y Culpa. Revolución de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina.
27. KERLINGER, F. (1984). Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento. Ed. Interamericana. México.
28. KLEIN, H. (1975). Sobre la Teoría de la Ansiedad y la Culpa. Obras Completas. Ed. Paidós. - Hormé. Buenos Aires, Argentina.
29. KOPPITZ, E. (1984). El Test Gestáltico Visomotor para Niños. Ed. Guadalupe. Biblioteca Pedagógica, México.
30. LAUFER, M.; DANHOFF, M. Y SALOMONS, G. (1957). Hiperkinetic Impulse Disorder in Children's Behaviour Problems. USA.
31. LESTER, T. (1983). Dificultades para el aprendizaje Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana. México.
32. MENESES, M. (1967). Psicología General. Ed. Porrúa, México.

33. NIETO, M. (1980). El Niño Disléxico. Prensa Médica Mexicana, 2a. edición. México.
34. PARDINAS, F. (1980). Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Ed. Siglo Veintiuno. México.
35. PICK, S. Y LOPEZ, A. (1983). Como Investigar en Ciencias Sociales. Ed. Trillas. México.
36. ROMERO, A.; BONILLA, M. ET AL (1987). Manual para Elaboración de Tesis. Publicaciones Universidad Intercontinental. México.
37. SAWREY, J. Y TELFORD, CH. (1979). Psicología Educacional - Compañía Editorial Continental. México.
38. STEPHEN, K. (1978). Los demás hermanos de la Familia. Ed. Barcelona, España.
39. STRAUSS, A.; LEHTINEN, L.; ET AL (1969). Psicopatología y Educación del Niño con Lesión Cerebral. Ed. Universitaria. Buenos Aires, Argentina.
40. VELASCO, F. (1983). El Niño Hiperquinético. Ed. Trillas. México.
41. WEIHS, T. (1979). Niños Necesitados de Cuidados Especiales. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
42. WENDER, H. (1971). Minimal Brain Dysfunction in Children Ed. Wiley Interscience. USA.
43. WERRY, J. Y QUAY, H. (1972). Psychopathological Disorders of Childhood. Ed. John Wiley and Sons. USA.
44. WINICOTT, D. (1962). El Psicoanálisis del Sentimiento de Culpa. El Psicoanálisis y el pensamiento contemporáneo. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.

ANEXOS

A N E X O I

CUESTIONARIO DE ADAPTACION DE BELL

CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADULTOS

"The adjustment inventory"

Por HUGH M. BELL

Adaptación y normalización española: ENRIQUE CERDÁ

Con el permiso de Stanford University Press, Stanford, California. Copyright 1937 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. All rights reserved.

Nombre y apellidos..... Edad

Profesión Estudios realizados

..... Fecha de hoy

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará Ud. una serie de preguntas.

Conteste con tanta claridad, sinceridad y franqueza como le sea posible.

No hay respuestas buenas ni malas.

Indique su respuesta a cada pregunta haciendo un círculo alrededor de «SÍ», «NO», o «?» según sea su respuesta.

Le advertimos a Ud. que debe de responder, siempre que le sea posible, «SÍ» o «NO», y que únicamente debe rodear con un círculo la interrogación, en aquellos casos en que esté completamente seguro de no poder responder «SÍ» o «NO». No hay límite de tiempo, pero procure contestar al cuestionario tan rápidamente como le sea posible.

A rellenar por el examinador:

SECTORES	PUNTUACIONES	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES
a			
b			
c			
d			
e			
T			

Forma de administración Administrado por

..... Evaluado por

- 1a SI NO ? El lugar donde Ud. vive actualmente, ¿le impide de alguna forma llevar la vida social a la que Ud. aspira?
- 2d SI NO ? Tiene altibajos en su humor sin una razón aparente?
- 3b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. en varias ocasiones ciertas enfermedades de la piel, tales como granos o forúnculos?
- 4c SI NO ? ¿Se siente Ud. intimidado o cohibido al solicitar un trabajo?
- 5e SI NO ? ¿Se siente a veces inquieto o nervioso en su empleo actual?
- 6b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. alguna vez enfermedades del estomago, de los pulmones o de los riñones?
- 7a SI NO ? ¿Cree Ud. que puede desarrollar suficientemente su personalidad en su actual ambiente familiar?
- 8c SI NO ? ¿Le gusta tomar parte en las reuniones y fiestas muy animadas?
- 9a SI NO ? ¿Cree que ha elegido mal su profesión?
- 10d SI NO ? ¿Alguna vez se ha asustado Ud. mucho por algo que de antemano sabía ya que era inofensivo? (Por ejemplo, un ratón, una sombra, etc.)
- 11a SI N ? ¿Hay alguien en su familia que sea muy nervioso?
- 12e SI NO ? ¿Su trabajo actual le permite tener vacaciones anuales?
- 13b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. de anemia? (falta de glóbulos rojos).
- 14d SI NO ? Tras haber sufrido una situación humillante, ¿se queda Ud. muy preocupado durante mucho tiempo?
- 15c SI NO ? ¿Le resulta difícil enlazar conversación con una persona desconocida?
- 16a SI NO ? ¿Ha estado Ud. en desacuerdo con sus padres, al elegir su profesión?
- 17c SI NO ? ¿Se emociona Ud. muchísimo cuando, por ejemplo, en una reunión se le invita a tomar la palabra sin que haya tenido tiempo para prepararse?
- 18d SI NO ? ¿Alguna vez se molestado Ud. por un pensamiento sin importancia que le obsesiona, sin poder desembarazarse de él?
- 19b SI NO ? ¿Se contagia fácilmente de los resfriados de otras personas?
- 20e SI NO ? ¿Cree Ud. que se verá obligado a intrigar para conseguir un aumento o un anticipo del sueldo en su actual empleo?
- 21c SI NO ? En la vida social, por ejemplo, en una reunión de personas, ¿permanece Ud. en un segundo plano?
- 22a SI NO ? ¿Ha llegado a tener divisiones desagradables con alguno de sus familiares motivadas por cuestiones religiosas, políticas o sexuales?
- 23d SI NO ? ¿Se aturde o trastorna con facilidad?
- 24b SI NO ? ¿Cree que es necesario cuidar minuciosamente su salud?
- 25a SI NO ? ¿Se ha roto o separado algún matrimonio entre sus parientes más cercanos?
- 26c SI NO ? ¿Su jefe o superior se comporta con Ud. siempre correctamente?
- 27b SI NO ? ¿Se siente frecuentemente a la mesa sin verdaderos apetitos?
- 28d SI NO ? ¿Se encuentra frecuentemente caedizo?
- 29c SI NO ? ¿Se inquieto cuando tiene que despedirse de un grupo de personas?
- 30e SI NO ? ¿Cree que trabaja demasiadas horas en su actual empleo?
- 31a SI NO ? ¿Alguien de su casa le ha molestado con críticas sobre su aspecto exterior? (Diciendo-le que era feo, cursi, rídiculo, etc.)
- 32c SI NO ? ¿Prefiere rodearse de un pequeño número de amigos íntimos mejor que de gran cantidad de simples conocidos?
- 33b SI NO ? ¿Ha tenido alguna enfermedad de la que aun no está completamente restablecido?
- 34d SI NO ? ¿Le afectan mucho las críticas o censuras que le hacen?
- 35a SI NO ? Entre sus familiares, ¿se encuentra con el bienestar y la felicidad que aprecia?
- 36a SI NO ? ¿Oscila otro empleo, en lugar del actual?
- 37c SI NO ? Fuera de su ambiente habitual, ¿es Ud. objeto de atención favorable? (Ej. decir si le acogen con amabilidad, simpatía, etc.)
- 38b SI NO ? ¿Padece Ud. frecuentemente de dolores de cabeza punzantes? (como si le pincharan).
- 39d SI NO ? ¿Le molesta pensar que la gente le observa por la calle?
- 40a SI NO ? ¿Tiene la impresión de que falta amor y afecto en su hogar?
- 41e SI NO ? ¿Le resulta difícil conocer cuál es su posición respecto a su jefe o superior?
- 42b SI NO ? ¿Padece de sinusitis o de alguna obstrucción de las vías respiratorias?
- 43d SI NO ? La idea de que la gente pueda leer sus pensamientos, ¿le da a preocupar o inquietar?
- 44c SI NO ? ¿Hace Ud. amistades con facilidad?
- 45e SI NO ? ¿Cree que su actual jefe o superior le tiene antipatía o desprecio?
- 46a SI NO ? Las personas que le rodean, ¿le comprenden y sienten simpatía hacia Ud.?
- 47d SI NO ? ¿Sueña Ud. despierto con frecuencia? (Ej. decir, si deja Ud. correr su fantasía).
- 48b SI NO ? Alguna de sus enfermedades, ¿le ha quebrantado definitivamente la salud?
- 49c SI NO ? ¿Trabaja, en su empleo actual, al lado de ciertas personas que le degradan?
- 50e SI NO ? ¿Duda o vacila al entrar en una habitación en la que hay varias personas hablando?
- 51a SI NO ? ¿Cree que sus amigos disfrutan de un ambiente familiar más feliz que el suyo?
- 52c SI NO ? ¿Vacila al tomar la palabra, en una reunión, por miedo de decir una incorrección, de hacer una planchada, de emitir la palabra?
- 53b SI NO ? ¿Se le curan los resfriados con dificultad?
- 54d SI NO ? ¿A menudo, le dan las ideas tantas vueltas por la cabeza, que le impiden dormir normalmente?
- 55a SI NO ? ¿Hay algún con quien actualmente convive que se enfada con facilidad con Ud.?
- 56c SI NO ? ¿Gana lo suficiente, en su actual empleo, para atender a los que dependen de Ud.?
- 57b SI NO ? Su presión arterial, ¿es demasiado alta o demasiado baja? (Si no lo sabe, rótese sí o no?)

- 51d SI NO ? ¿Se atormenta Ud. pensando en posibles desgracias?
- 59c SI NO ? Si llega con retraso a una conferencia, reunión, asamblea, etc., ¿prefiere usar o permitirse de pie, antes que ir a sentarse en las primeras filas?
- 60e SI NO ? Su actual jefe o superior, ¿es una persona que siempre podrá Ud. sentir confianza?
- 61b SI NO ? ¿Es Ud. propenso a padecer asma?
- 62a SI NO ? ¿Se comprometen y viven en buena armonía las personas que forman su hogar actual?
- 63c SI NO ? ¿La una recepción, fiesta o banquetes, gusta Ud. de retirarse con el invitado de honor?
- 64e SI NO ? ¿Cree que su jefe o superior le da un salario justo?
- 65d SI NO ? ¿Se da por ofendido fácilmente?
- 66b SI NO ? ¿Padere Ud. mucho de mareamiento?
- 67a SI NO ? ¿Odeia a alguna persona de las que conviven con Ud.?
- 68c SI NO ? ¿Alguna vez es Ud. el enamorado de una fiesta, recepción o reunión?
- 69e SI NO ? ¿Se comprometa Ud. con todos o la mayor parte de sus actuales compañeros de trabajo?
- 70d SI NO ? ¿Ha quedado preocupado, alguna vez, por la idea de que las cosas se le presenten como utópicas? (Es decir, como si no estuviera seguro de que lo que va, oye o vive fuera real?) (Se no estando la pregunta, es que no le sucede esto.)
- 71a SI NO ? ¿Alguna vez, teme Ud. sentimientos contradictorios (de amor y de odio) hacia alguien de su propia familia?
- 72c SI NO ? ¿Se encuentra intimidado en presencia de personas que adoran mucho, pero a las que se conoce demasiado?
- 73b SI NO ? ¿Es Ud. propenso a tener náuseas, vómitos o diarreas?
- 74d SI NO ? ¿Se ruboriza Ud. con facilidad?
- 75a SI NO ? El comportamiento de las personas con las cuales vive, ¿le ha provocado a menudo pesimismo y depresión? (¿Preferido quedarse de su propia casa?)
- 76e SI NO ? ¿Ha cambiado frecuentemente de empleo en estos últimos cinco años?
- 77c SI NO ? ¿Ha cambiado a veces de acera para evitar el encuentro con alguna persona conocida?
- 78b SI NO ? ¿Padere Ud. frecuentemente amigdalitis u otras enfermedades de la garganta?
- 79d SI NO ? ¿Se siente Ud. con frecuencia intimidado o cobardado a causa de su aspecto exterior? (Es decir, considere que su físico no es agradable, o bien su vestuario demasiado pobre o anticuado.)
- 80e SI NO ? ¿Le fatiga mucho su actual trabajo?
- 81a SI NO ? En su hogar, ¿hay frecuentemente discusiones o desavenencias?
- 82d SI NO ? ¿Se considera Ud. más bien como una persona nerviosa?
- 83c SI NO ? ¿Le gusta ir a bailar?
- 84b SI NO ? ¿Tiene Ud. indigestiones frecuentemente?
- 85b SI NO ? ¿Sus padres criticaban frecuentemente la conducta de Ud., mientras vivió con ellos? (O la critican, si es que vive con ellos actualmente.)
- 86e SI NO ? ¿Cree Ud. que en su actual ocupación cuenta con ocasiones suficientes para expresar sus propias ideas, su forma de controlar las cosas?
- 87c SI NO ? ¿Le resulta difícil o cree que le resultaría difícil hablar en público?
- 88b SI NO ? ¿Se encuentra Ud. fatigado, la mayor parte del tiempo?
- 89e SI NO ? Su actual salario, ¿es tan reducido que tampoco sea suficiente para cubrir todos sus gastos?
- 90d SI NO ? ¿Vive preocupado a consecuencia de sus sentimientos de soledad?
- 91a SI NO ? ¿La irritan, le sacan de quicio las costumbres de ciertas personas con las que convive?
- 92d SI NO ? ¿Se encuentra Ud. muy deprimido? (Deprimido quiere decir triste.)
- 93b SI NO ? ¿Ha tenido que recurrir con frecuencia a la asistencia médica?
- 94c SI NO ? ¿Ha tenido Ud. frecuentemente ocasiones de ser presentado a otras personas o de introducirse en otros grupos de gentes?
- 95e SI NO ? ¿Ha podido obtener el ascenso que necesitaba en su actual empleo?
- 96a SI NO ? En su familia, ¿hay alguien que intente dominarle?
- 97b SI NO ? Al despertarse, ¿se encuentra frecuentemente como cansado?
- 98e SI NO ? Entre las personas que trabajen con Ud., ¿hay alguna que le irrita, por sus costumbres y género de vida?
- 99c SI NO ? Si está invitado a algún banquete o fiesta, ¿prefiere abstenerse de tomar algo antes que pedirlo al camarero?
- 100d SI NO ? ¿Tiene Ud. miedo de encontrarse solo en un sitio oscuro?
- 101a SI NO ? ¿Tienen sus padres tendencia a estar muy encima de Ud., es decir, a controlarle o vigilarle demasiado mientras vivió con ellos? (O tienen tendencia, si es que actualmente vive con ellos.)
- 102c SI NO ? ¿Le ha sido fácil hacer amistad con personas del sexo opuesto?
- 103b SI NO ? ¿Está Ud. muy por debajo de su peso normal? (Si no lo sabe, rótese el etc.)
- 104e SI NO ? Su empleo actual, ¿le obliga a hacer su trabajo o a despachar sus asuntos muy de prisa?
- 105d SI NO ? ¿Ha tenido Ud. a veces miedo de caerse, cuando se encontraba en un sitio alto?
- 106a SI NO ? ¿Cree que es fácil entenderse con la o las personas con las que convive?
- 107c SI NO ? ¿Le es difícil sostener una conversación con alguien que le acaba de ser presentado?
- 108b SI NO ? ¿Tiene Ud. vértigos con frecuencia? (Vértigo quiere decir sensación de mareo y de que las cosas dan vueltas.)
- 109d SI NO ? ¿Se lamenta Ud. a menudo de lo que hace?
- 110e SI NO ? ¿Se atribuye personalmente, su actual jefe o superior, toda el mérito de algún trabajo que ha hecho Ud.?
- 111a SI NO ? ¿Está frecuentemente desinteresado con la manera de llevar la casa o forma de pensar, de la o las personas con las que convive?

- 112d SI NO ? ¿Se desanima Ud. con facilidad?
- 117b SI NO ? En el transcurso de estos tres últimos años, ¿ha padecido Ud. muchas enfermedades?
- 114c SI NO ? ¿Ha tenido Ud. ocasión de dirigir a otras personas, siendo presidente de una comisión, jefe de grupo, etc.?
- 115e SI NO ? En su actual empleo, ¿tiene Ud. la impresión de ser como la pieza de una máquina? (Es decir, de sentir completamente anulada su personalidad)
- 116a SI NO ? De las personas que le rodean, ¿se opone alguna con frecuencia a que Ud. diga libremente a sus compañeros y amigos?
- 117b SI NO ? ¿Tiene Ud. gripe con frecuencia?
- 118a SI NO ? ¿Le solicita su jefe o superior cuando hace un trabajo bien hecho?
- 119c SI NO ? ¿Se sentiría Ud. muy intimidado, si fuera el encargado de lanzar una idea, para organizar una discusión en un grupo?
- 120d SI NO ? ¿Ha quedado frecuentemente deprimido (oprimido) por las fallas de consideración de que ha sido Ud. objeto por parte de algunas personas de su ambiente?
- 121a SI NO ? ¿Viven con Ud. personas que se irritan y se enfadan o discuten violentamente?
- 122b SI NO ? ¿Tiene Ud. bronquitis con bastante frecuencia?
- 123d SI NO ? ¿Le asustan los relámpagos?
- 124c SI NO ? ¿Es Ud. tímido?
- 125a SI NO ? Al emprender su actual trabajo, ¿lo ha hecho pensando que era éste, precisamente, el que Ud. deseaba?
- 126b SI NO ? ¿Ha sufrido alguna operación quirúrgica importante?
- 127a SI NO ? ¿Le reprochaban sus padres, con frecuencia, el género de amigos que le rodeaban?
- 128c SI NO ? ¿Le resulta a Ud. fácil pedir ayuda a los demás?
- 129e SI NO ? ¿Tiene temporadas en las que se desanima en su trabajo actual?
- 130d SI NO ? ¿Le salen frecuentemente mal las cosas, sin que sea culpa suya?
- 131a SI NO ? ¿Le agrada la irra del lugar en que vive para tener más independencia personal?
- 132c SI NO ? Si desea obtener algo de una persona que apenas conoce, ¿prefiere escribirle antes que pedirlo personalmente?
- 133b SI NO ? En algún accidente, ¿ha resultado Ud. gravemente herido?
- 134d SI NO ? ¿Sólo el ver una serpiente ya le aterroriza? (Aunque sea, por ejemplo, en una película)
- 135a SI NO ? ¿Tiene Ud. la impresión de que su trabajo está controlado por demasiados superiores?
- 136b SI NO ? ¿Ha adelgazado mucho en estos últimos tiempos?
- 137a SI NO ? ¿Cree que es desgraciado su hogar por la falta de dinero?
- 138c SI NO ? ¿Le sería difícil contar o exponer alguna cosa ante un grupo de personas?
- 139e SI NO ? ¿Es muy monótono su trabajo actual?
- 140d SI NO ? ¿Llora Ud. con facilidad o con frecuencia?
- 141b SI NO ? ¿Se encuentra frecuentemente muy cansado, al alocutar, es decir, al hablar en público?
- 142a SI NO ? Mientras va con sus padres, ¿era injustamente censurado por alguno de ellos? (Ud. es actualmente, si es que aun vive con ellos)
- 143d SI NO ? ¿Le gusta mucho el pensar en un terremoto o en un incendio?
- 144c SI NO ? ¿Se azara Ud. si tiene que entrar en algún salón, fiesta familiar o cualquier otra clase de reunión, cuando ya está todo el mundo intentado?
- 145e SI NO ? ¿Cree que su actual trabajo es muy poco interesante?
- 146b SI NO ? ¿Tiene Ud. a menudo dificultad para recordar el sueño, aun cuando no haya estado a su alrededor?
- 147a SI NO ? ¿Dónde Ud. vive actualmente, ¿hay alguien que le exige que obedezca, tenga o no tenga razón?
- 148c SI NO ? ¿Ha tomado Ud. alguna vez la iniciativa para iniciar alguna reunión absurda?
- 149e SI NO ? ¿Cree Ud. que su jefe o superior habría de preferir más simpatía y comprensión en sus relaciones con Ud.?
- 150d SI NO ? ¿Se siente Ud. frecuentemente como si estuviera solo, aunque se encuentre acompañado de otras personas?
- 151a SI NO ? Durante su infancia, ¿ha sentido alguna vez deseos de marcharse de casa?
- 152b SI NO ? ¿Tiene frecuentemente dolores o pesadez de cabeza?
- 153d SI NO ? ¿Ha tenido Ud. alguna vez la sensación de que alguien le hipnotizaba y le hacía ejecutar ciertos actos en contra de su voluntad?
- 154c SI NO ? Durante alguna conversación sobre temas serios, ¿ha tenido alguna vez grandes dificultades para formular una cita apropiada? (Por ejemplo, para acordarse de un refinar, o bien decir tal escritor o tal político, dijo esto o aquello)
- 155e SI NO ? ¿Le parece a Ud. que su jefe o superior no aprecia en su justo valor sus esfuerzos que Ud. hace para realizar su trabajo de una manera perfecta?
- 156b SI NO ? ¿Ha tenido Ud. escarlatina o difteria?
- 157a SI NO ? ¿Ha creído Ud. a veces que ha sido una decepción para sus padres?
- 158c SI NO ? ¿Prospere Ud. a encargarse de presentar unas personas a otras en una reunión?
- 159e SI NO ? ¿Tiene Ud. miedo de perder su empleo actual?
- 160d SI NO ? ¿Tiene Ud. con frecuencia períodos en los que se siente de repente triste y pesimista durante unos días o incluso durante más tiempo?

CUADRO DE LAS AREAS DE ADAPTACION

AREAS	DESCRIPCION GENERAL DE LO QUE MIDE CADA AREA	NUMERO DE ITEMS QUE ESTAN INCLUIDOS EN CADA AREA
FAMILIAR	TENDENCIA A LA ADAPTACION O DESADAPTACION EN CUANTO A LA FAMILIA. ESTA AREA INDAGA LO QUE PIENSA Y SIENTE EL SUJETO SOBRE SUS RELACIONES FAMILIARES, ETC.	1a, 7a, 11a, 16a, 22a, 25a, 31a, 35a, 40a, 46a, 51a, 55a, 62a, 67a, 71a, 75a, 81a, 85a, 91a, 96a, 101a, 106a, 111a, 116a, 121a, 127a, 131a, 137a, 142a, 147a, 151a, 157a.
SALUD	TENDENCIA AL BIENESTAR O MALESTAR FISICO. ESTA AREA INDAGA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE SU ORGANISMO, ETC.	3b, 6b, 13b, 17b, 19b, 24b, 27b, 33b, 38b, 42b, 48b, 53b, 57b, 61b, 66b, 73b, 84b, 88b, 93b, 97b, 103b, 108b, 113b, 117b, 122b, 126b, 133b, 136b, 141b, 146b, 152b, 156b.
SOCIAL	TENDENCIA A LA ADAPTACION O INADAPTACION SOCIAL. ESTA AREA INDAGA LAS RELACIONES EXTRAFAMILIARES, EL GRADO DE CONTACTO SOCIAL. TENDENCIA A LA SUMISION, AL SER RETRAIDOS CON RESPECTO A LOS DEMAS, ETC.	4c, 8c, 15c, 17c, 21c, 26c, 29c, 32c, 37c, 44c, 50c, 52c, 59c, 63c, 68c, 72c, 77c, 83c, 87c, 94c, 99c, 102c, 107c, 114c, 119c, 124c, 128c, 132c, 138c, 144c, 148c, 154c, 158c.
EMOCIONAL	TENDENCIA A LA ESTABILIDAD O INESTABILIDAD EMOCIONAL. ESTA AREA INDAGA COMO EL INDIVIDUO COMPRENDE Y VIVE SUS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES, ETC.	2d, 10d, 14d, 18d, 23d, 28d, 34d, 38d, 43d, 47d, 54d, 58d, 65d, 70d, 74d, 79d, 82d, 90d, 93d, 100d, 105d, 109d, 112d, 120d, 123d, 130d, 134d, 140d, 143d, 150d, 153d, 160d.
PROFESSIONAL	TENDENCIA A LA ADAPTACION O DESADAPTACION EN RELACION AL AREA PROFESIONAL. INDAGA EL NIVEL DE SATISFACCION EN SU TRABAJO.	5e, 9e, 12e, 20e, 26e, 30e, 36e, 41e, 45e, 49e, 56e, 60e, 64e, 69e, 76e, 80e, 86e, 89e, 95e, 98e, 104e, 110e, 115e, 118e, 125e, 129e, 135e, 139e, 145e, 149e, 155e, 159e.

NORMAS DE CALIFICACION DEL CUESTIONARIO DE ADAPTACION PARA ADULTOS DE H. G. BELL (1974)

NORMAS PARA HOMBRES DE NIVEL CULTURAL SUPERIOR.

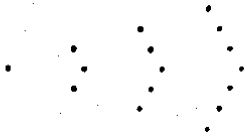
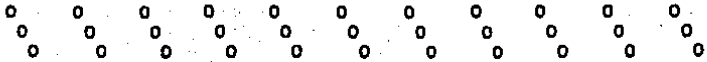
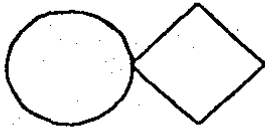
AREA	PUNTUACIONES	INTERPRETACION DE LAS PUNTUACIONES
FAMILIAR	0 - 1 2 - 4 5 - 8 9 - 16 17 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
SALUD	- 0 1 - 2 3 - 5 6 - 9 10 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
SOCIAL	0 - 4 5 - 6 7 - 11 12 - 19 20 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
EMOCIONAL	0 - 1 2 - 4 5 - 9 10 - 16 17 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
PROFESIONAL	0 - 3 4 - 5 6 - 12 13 - 21 22 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
TOTAL	0 - 12 13 - 21 22 - 34 35 - 46 47 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA

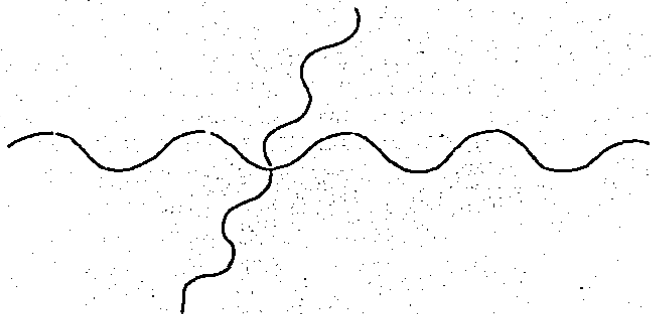
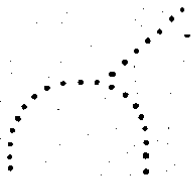
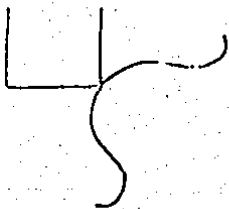
NORMAS DE CALIFICACION DEL CUESTIONARIO DE ADAPTACION PARA ADULTOS (1974)

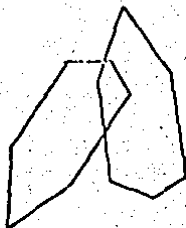
NORMAS PARA MUJERES DE NIVEL CULTURAL SUPERIOR.

AREA	PUNTUACIONES	INTERPRETACION DE LAS PUNTUACIONES
FAMILIAR	0 - 3 4 - 9 10 - 18 19 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
SALUD	0 - 2 3 - 5 6 - 8 9 - 14 15 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
SOCIAL	0 - 3 4 - 7 8 - 13 14 - 24 25 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
EMOCIONAL	0 - 4 5 - 9 10 - 15 16 - 24 25 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
PROFESIONAL	0 - 2 3 - 4 5 - 9 10 - 18 19 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA
TOTAL	0 - 20 21 - 30 31 - 42 43 - 68 69 o más	EXCELENTE BUENA NORMAL NO SATISFATORIA MALA

A N E X O II
TEST BENDER - GUESTALTICO PARA NIÑOS
DE ELIZABETH KOPPITZ







A N E X O III

1. CALIFICACION OBTENIDA EN EL TEST DE BENDER
2. CALIFICACION OBTENIDA EN EL TEST DE GOODE-
NOUGH HARRIS.

Niños con disfunción cerebral mínima de cinco a diez años de edad.

INDICADORES	FIG.	1 (5)	2 (7)	3 (8)	4 (5)	5 (5)	6 (6)	7 (8)	8 (10)	9 (9)	10 (9)	11 (7)	12 (6)	13 (10)	14 (8)	15 (5)	
ADICION U OMISSION DE ANGULOS .	A	X				X			X								X
	7	X															
	8				X			X			X		X				
SUST. DE CURVAS POR LINEAS RECTAS DESPropORCION DE LAS PARTES.	6		X	X					X	X							
	A			X	X											X	
	7		X			X							X				
SUST. DE CINCO PUNTOS POR CIRCULOS .	1	X							X						X		
	3				X		X						X				
	5							X								X	
ROTACION DEL DIBUJO EN 45 .	1, 4 y 8							X		X					X		X
	A y 5	X			X						X						
	7						X					X					
	3		X														
INTEGRACION DE LAS PARTES NO LOGRADAS.	2			X						X	X			X			
	6					X											
	7	X											X		X		
OMISION O ADICION DE HILERAS O CIRCULO.	2			X			X	X					X				
	3					X											X
PERDIDA DE LA GESTALT.	5				X						X						
SERIE DE PUNTOS SUST. POR LINEA.	3 y 5		X				X										X
PERSEVERACION .	1, 2 y 6							X									X

1 AL 15 = NUMERO DE SUJETOS
() = EDAD CROMOLOGICA DEL NIÑO.

NIÑOS SIN DISFUNCION CEREBRAL MINIMA DE CINCO A DIEZ AÑOS DE EDAD.

INDICADORES	FIG.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		(5)	(7)	(8)	(5)	(5)	(6)	(8)	(10)	(9)	(9)	(7)	(6)	(10)	(8)	(5)
ADICION U OMISION DE ANGULOS.	A											X				
	7		X			X										
	8	X						X								
SUST. DE CURVAS POR LINEAS RECTAS.	6						X									
	A												X			
DESPropORCION DE LAS PARTES.	7								X							
	1															
SUST. DE CINCO PUNTOS POR CIRCULOS.	3		X													
	5				X											
	1, 4 y 8														X	
ROTACION DEL DIBUJO EN 45.	A y 5										X			X		
	7						X									
	3															
INTEGRACION DE LAS PARTES NO LOGRADAS.	A y 4															
	6															
	7															
OMISION O ADICION DE HILERAS O CIRCULOS	2									X						
	3														X	
PERDIDA DE LA GESTALT.	5															X
SERIE DE PUNTOS SUT. POR LINEA.	3 y 5															
PERSEVERACION.	1, 2 y 6															

1 AL 15 = NÚMERO DE SUJETOS
() = EDAD CRONOLÓGICA DEL NIÑO.

CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL GOODENOUGH HARRIS EN NIÑOS DE CINCO A DIEZ AÑOS CON DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.

S	E	CALIFICACIONES C.I.
1	5	108
2	7	95
3	8	100
4	5	91
5	5	103
6	6	101
7	8	80
8	10	90
9	9	110
10	9	80
11	7	100
12	6	100
13	10	100
14	8	102
15	5	93

S = NUMERO DE SUJETO.

E = EDAD CRONOLOGICA.

C.I. = COEFICIENTE INTELECTUAL

CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL GOODENOUGH HARRIS EN NIÑOS DE CINCO A DIEZ AÑOS SIN DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.

S	E	CALIFICACIONES- C. I.
1	6	119
2	5	120
3	7	139
4	7	115
5	5	109
6	8	90
7	6	115
8	9	118
9	10	90
10	10	112
11	6	108
12	6	114
13	8	109
14	5	108
15	5	110

S = NUMERO DE SUJETO.

E = EDAD CRONOLOGICA.

CI = COEFICIENTE INTELECTUAL.

E.S.C.A.L.A. DE W.E.S.C.H.I.F.F.

RANGO	C. I.	DIAGNOSTICO
110 - 150 SOBRE DOTADO	150	GENIALIDAD
	140	CASI GENIALIDAD
	139 - 120	INTELIGENCIA MUY SUPERIOR
	119 - 110	INTELIGENCIA SUPERIOR
90 - 110 NORMAL	109 - 90	INTELIGENCIA NORMAL O MEDIA
0 - 90 INFRADOTADO FRONTERIZO (DEBILES MENTALES)	89 - 80	INTELIGENCIA LENTA O INFERIOR.
0 - 90 INFRADOTADO PROFUNDO (DEBILES MENTALES)	79 - 70	LEVE TORPE
	69 - 50	DEBIL MENTAL
FRENASTENICOS MAYORES	49 - 20	IMBECIL
	19 - 0	IDIOTA