

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

8  
PSI

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LAS VARIABLES QUE DETERMINAN  
EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL**



**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO**  
**DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A**  
**JOSE G. RAMIREZ SALCEDO**

1 9 7 8



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

Dedico este trabajo, como -  
un reconocimiento a su calidad humana y profesionalismo, a  
los doctores:

EMILIO SERRANO ROSALES y  
BERNABE MARTINEZ AGUILAR.

A G R A D E Z C O :

Al Dr. ROBERTO PEIMBERT, a mis  
compañeros Ma. Teresa García Sánchez, Armando González --  
Rocha, Carlos Alberto Patiño y Salvador Sánchez Urbán, su  
colaboración en el desarrollo de esta tesis.

A Gustavo Adolfo Patiño y Emilio  
Soto Rubio por sus confrontaciones, ruido y retraso en el -  
trabajo.

A mis padres ..... que al obtener  
la licenciatura sea una de las satisfacciones que les pueda -  
brindar; como un agradecimiento al esfuerzo fecundo que han  
hecho para mi formación.

Verano de 1978.

" Sabe este (el hombre), desde los primeros tiempos, que él es el objeto más digno de estudio, pero parece como si no se atreviera a tratar este objeto como un todo, a investigar su ser y sentido auténticos. A veces inicia la tarea, pero pronto se ve sobrecogido y exhausto por toda la problemática de esta ocupación con su propia índole y vuelve atrás con una tácita resignación, -- ya sea para estudiar todas las cosas del cielo y la tierra menos a sí mismo, ya sea para considerar al hombre como dividido en secciones a cada una de las cuales podrá atender en forma menos problemática, menos exigentes y menos comprometedora ".

MARTIN BUBER.

## PROLOGO

- ¿Es el estudio de la conducta, un aspecto más de los varios en que se divide el estudio -- del hombre?.

Efectivamente, la Psicología es parte del estudio del hombre, pero todos los que trabajamos esta ciencia sentimos la necesidad de conectarnos con las -- otras ramas del conocimiento.

Es común escuchar entre los estu- diosos de las diferentes disciplinas que el abordar al hom- bre, ya sea para su conocimiento o a un nivel terapéutico, - debe hacerse en forma multidisciplinaria.

Hoy se hace el análisis de un -- grupo de individuos pertenecientes a una totalidad, a una - sociedad, a quienes se ha "etiquetado" o se conoce como --- *niños con daño cerebral.*

Este trabajo atiende dos niveles: el sujeto con *daño cerebral* como parte de un grupo o sociedad y la conducta de éste, como individuo, consecuente de su -- condición; es decir no se intenta analizar un sólo aspecto, sino tener una visión general de los problemas que existen- al abordar al individuo como tal y los que se desarrollan - en torno a él, condicionando su existencia. Nuestro objeto- de estudio es el niño con *daño cerebral* y los desajustes fami- liares, sociales y económicos dados por interacción (como - un sólo fenómeno). Esto implica mayor problemática y compro- miso; tenemos conciencia de que al hacerlo así, el compromi- so no sólo queda de nuestra parte, sino también de todos --

nuestros lectores, que en alguna forma tengan en sus manos los elementos para sanear los problemas que aquí se denunciaban.

Consideramos que el psicólogo, dentro de un grupo o sociedad es un miembro más y no un ente aislado, fuera de represiones y obligaciones para con el grupo. Es decir, que el pertenecer a una sociedad le obliga, en alguna forma, a responder a la estructura normativa (costumbres, normas, leyes, obligaciones y derechos) del grupo.

Es importante que el psicólogo acepte su *papel político*, que participe con base a su preparación profesional en el estudio, conocimiento, demandas y -- proyectos de solución a problemas que afectan a la comunidad a la que pertenece.

Cabe señalar que el concepto político aquí se refiere a una preocupación, a un interés por el mejoramiento de las condiciones sociales de la comunidad.

De esta manera es un *interés político* lo que justifica nuestro trabajo. El problema del niño con *daño cerebral* es del que nos ocupamos.

Los objetivos a alcanzar son:

a) Conocer qué hay y qué se hace en México para la detección, diagnóstico, tratamiento y prevención del niño con *daño cerebral*.

b) Dejar este estudio como un antecedente para la organización en México de los servicios especiales para la atención del niño con *daño cerebral*.

c) Señalar que el trabajo en este campo no se debe reducir al tratamiento individual, sino que siempre se debe considerar que el sujeto atípico forma parte de una familia y ésta, a su vez, pertenece a una sociedad.

d) Motivar para dar un giro a la solución de este problema, con un enfoque "humanístico", -- dentro de una realidad social (cambiante).

**INTRODUCCION TEORICA.**

Podemos definir la conducta como la respuesta de los organismos a estímulos del ambiente.

Estas respuestas o conductas tienen tres determinantes básicas:

1.- Las condiciones anatómo-fisiológicas del organismo (permanentes y transitorias).

2.- El aprendizaje dado por el "... conjunto de interacciones mantenidas en el pasado entre el organismo y el medio". (1)

3.- Las condiciones y acontecimientos (estímulos) ambientales discriminativos que afectan al organismo en el momento actual (contingencias presentes).

Cada uno de estos tres factores básicos, que determinan la conducta, agrupa en sí una serie de variables de cuya conjugación dependerá la riqueza cuantitativa y cualitativa de la conducta.

---

(1) - Ribes Iñesta, Emilio. Técnicas de modificación de conducta - su aplicación al retardo en el desarrollo, Ed. Trillas, México, 1976, p. 19.

El Psicólogo utiliza una serie de marcos de referencia para cuantificar y comparar las -- respuestas (conductas) de los individuos.

Para efectos de este trabajo se tomará un criterio estadístico como punto de referencia en el juicio de evaluación, no sólo de la conducta resultante, sino también de los factores que la determinan.

El peso cuantitativo y cualitativo de las variables que determinan la conducta tienen una elasticidad media cuyos cambios en la resultante (conducta) caerán dentro de la normal estadística del grupo que corresponde a su ambiente.

Hoy nos ocupa el estudio del niño cuya variable orgánica - *DANO CEREBRAL* - está determinando "... un déficit conductual que se establece por comparación con las normas que corresponderían al caso". (2)

Dado que las condiciones anatómo-fisiológicas (permanentes y transitorias) del individuo, la historia de relación de éste con su medio (aprendizaje) y las contingencias presentes, están estrechamente relacionadas, la conducta del niño con *daño cerebral* dependerá no sólo de la lesión cerebral, sino de los efectos que esta -- variable tenga al conjugarse con los otros factores mencionados.

---

(2) - Ribés Iñesta, Emilio, op. cit, p. 20

CONCEPTO DE NIÑO CON DAÑO CEREBRAL

"Aquí no es que indiquemos que la terminología carezca de importancia: lo es, pero a veces actuamos como si todas las cosas se resolvieran con meras palabras".

James L. Paul.

Las denominaciones que se encuentran en la literatura para "etiquetar" todo este fenómeno - (3) las podemos dividir en dos grupos:

1.- Denominaciones que atienden a la etiología orgánica:

- \* Inmadurez neurofisiológica
- \* Disfunción cerebral mínima
- \* Daño cerebral
- \* Lesión cerebral
- \* Impedimento neurológico mínimo
- \* Niño orgánico
- \* Retraso maduracional
- \* Disfunción del Sistema Nervioso Central
- \* Síndrome cerebral crónico.

---

[3] - Cfr., Cruickshank, W. M., El Niño con Daño Cerebral, Ed. Trillas, México, 1971, pp. 16 - 17.

2.- Denominaciones que obedecen a las conductas que caracterizan al niño con *daño cerebral*:

- \* Niño con deterioro mental
- \* Niño disminuido
- \* Niño hiperquinético
- \* Niño con dificultades perceptivas
- \* Niño perceptualmente impedido
- \* Niño con problemas específicos de aprendizaje.
- \* Niño con incoordinaciones
- \* Niño con desórdenes en el lenguaje
- \* Niño con defectos cognoscitivos
- \* Niño disléxico
- \* Niño con déficit conductual.

De estas denominaciones, ninguna es lo suficientemente amplia o descriptiva del fenómeno ya que sólo aluden a una de las conductas o bien a una sola de las variables que lo determinan. Se escogió para este trabajo la de *Niño con Daño Cerebral* (4) por denotar la variable en común (etiología orgánica).

(4) El concepto es muy genérico, comprende en sí una infinidad de cuadros clínicos, dependiendo esto del grado, localización y difusión de la lesión. Referirnos al "daño cerebral" de esta manera, implicaría meter bajo el mismo rubro a sujetos con problemas muy diversos tales como: afectados del aparato locomotor (parálisis cerebral), cierto tipo de invidentes, problemas de audición y lenguaje, "deficiencia mental", etc. Por lo que el concepto no es útil para propósitos de diagnóstico (médico o psicológico), y mucho menos para la elaboración de un programa de rehabilitación.

Más importante que el enfrascar se en el "cómo se llamará", es definir, para efectos de comunicación en este trabajo, lo qué se entiende, lo qué encierra, qué tipo de sujetos comprende eso que se ha llamado Niño con Daño Cerebral. (5)

---

(5) "Cruickshank sugirió, pues que en ausencia de una etiqueta completamente adecuada debería ser utilizada la palabra "lesión cerebral", esta etiqueta no satisface todos los -- criterios lógicos que exige el término, pero se supuso que podría utilizarse para obtener una especie de plataforma común, hasta que pudie se adoptar una denominación más aceptable" (Cruickshank, W. M. y Paul, J. L. - "Las características psicológicas de los niños con lesiones - cerebrales", en Cruickshank, W. M. dir. ed., Psicología de los niños y jóvenes marginales., Ed. Prentice-Hall International, España, 1973. p. 394).

El concepto - daño cerebral - , - con una historia de más de veinticinco años (\*) encierra en sí una idea ya generalizada, que supone una alteración fi--siológica y/o bioquímica y/o estructural en el cerebro; --- comprende sujetos cuyos déficits se manifiestan preponderantemente en el área cognoscitiva (percepción, aprendizaje, - pensamiento, memoria).

(\*) Cfr. Reese, H. W. y Lipsitt, L. - P. Psicología Experimental., Ed. Trillas, México, 1975, pp. 742 - 744.

El niño con *daño cerebral* es una entidad orgánica, cuyo programa de madurez neurológica (6) se ha retardado o es deficiente por efectos de una lesión cerebral (de etiología diversa.) (7) Dicha deficiencia neurológica y/o retardo en el programa de madurez neurológica entorpece su relación con el medio. Esta relación "torpe" es la segunda variable relevante para la adquisición o no adquisición de un repertorio conductual que responda o no responda adecuadamente ( criterio estadístico ) a los estímulos discriminativos ambientales presentados ( diagrama I ). Es decir, el déficit conductual se manifestará predominantemente en el nivel general de desempeño

---

(6) " Algunos factores innatos, tales, como los que determinan las características físicas y el momento de su aparición en el embrión, continúan obrando después del nacimiento. De este modo viene biológicamente predeterminado el tiempo de presentación de la capacidad para la deambulación, de la pubertad y de la habilidad para el razonamiento abstracto. Aunque el tiempo de aparición de estas diferentes capacidades y funciones resulta perfectamente predecible en el hombre considerado como una especie, existe una notable variación individual y, como sucede con las diferencias orgánicas o constitucionales, es importante que las expectativas del medio ambiente estén en concordancia con la cronología propia de cada niño.- Puesto que el 'desarrollo de la psicología' y personalidad del niño están íntimamente vinculados al de sus facultades 'mentales', debe atenderse de un modo especial a la maduración biológicamente predeterminada del sistema nervioso. La maduración de las vías nerviosas tienen efecto de modo gradual y consecutivo desde el nivel autónomo, a la altura del cordón raquídeo del sensorio y del arco reflejo de la neurona motora inferior a un nivel subcortical, a la altura de la neurona motora superior y de la corteza cerebral... La integración de las vías reflejas sensitivo motoras con otras vías sensoriales y motoras y con los centros superiores depende de la continua maduración del sistema nervioso central y de la experiencia. (Nelson, Vaughan, McKay. Tratado de Pediatría, Salvat Editores, Barcelona, 1973, Sexta Edición, Tomo I, p. 56. (subrayado nuestro).

(7) Vid. infra. Apéndice II - Etiología del Daño Cerebral.

# ORGANISMO CON DAÑO CEREBRAL

DEFICIENCIA NEUROLOGICA Y/O  
RETARDO EN LA MADUREZ  
NEUROLOGICA.  
(DISFUNCION — CEREBRAL)

RETARDO HETEROGENEO EN EL DESARROLLO

RELACION ENTRE EL ORGANISMO CON RETARDO  
EN EL DESARROLLO Y SU MEDIO.  
(RELACION DADA EN EL TIEMPO)

CONDUCTA DEL ORGANISMO CON  
DAÑO CEREBRAL

a- deficit en la conducta  
por no tener las res-  
puestas-en su repertorio

b- repertorio que no  
responde adecuadamen-  
te-(criterio estadistico)  
a los estímulos discrimi-  
nativos que se presentan

DIAGRAMA I

cognoscitivo (8) y consecuentemente, por su relación con el medio, en el área afectiva.

Quando se mide el nivel de capacidad de desempeño de cada una de las diferentes funciones -- cognoscitivas a través de una serie de tareas graduadas --- (Test psicométricos), y dado que la naturaleza de los procesos cognoscitivos varía según la fase de desarrollo, el perfil de desarrollo ontogénico del niño con *daño cerebral* se -- mostrará heterogéneo (viéndose mayormente disminuído en -- la(s) función(es) que directamente afecte la lesión). (9)

---

(8) Cfr. Ausubel, D. P. - Psicología Educativa.- Un punto de vista cognoscitivo. Ed. Trillas, México, 1976, p. 265 - 269.

(9) "A la luz de los datos contemporáneos, la 'función' ha dejado de entenderse como una propiedad directamente relacionada con el trabajo de ciertas células altamente especializadas de uno u otro órgano. Sobre la base de la idea de los reflejos de I. P. Pávlov, la 'función' se ha empezado a interpretar como el resultado de la compleja actividad refleja que agrupa en un trabajo conjunto, un 'mosaico' de sectores excitados e inhibidos del sistema nervioso, los cuales realizan el análisis y la síntesis de las señales que llegan al organismo, que elaboran el sistema de conexiones temporales asegurando con ello el 'equilibrio' del organismo con el medio. Precisamente por esto ha cambiado también en forma radical la representación que se tenía de la 'localización de las funciones' la cual se ha empezado a considerar como la formación de complejas 'estructuras dinámicas' o 'centros combinatorios', consistentes en un 'mosaico' de puntos distantes en el sistema nervioso, unidos por un trabajo común [I.P. Pávlov. Obras Completas, tomo III, págs. 253, 288 y otras]. Citado por Luria, A. R., Las funciones corticales superiores del hombre., Ed. Orbe, La Habana, 1977, p. 24.

En los resultados obtenidos de los Test de Inteligencia, el sujeto con *daño cerebral* no necesariamente resultará deficiente (10). Pero sí la disminución en cualquiera de sus capacidades, por mínima que ésta sea, será motivo de cambio en la forma que responda a su medio.

Luego entonces, la conducta resultante, dentro del grupo de sujetos con *daño cerebral*, varía de individuo a individuo y puede ir de una aparente ausencia del déficit hasta las más serias manifestaciones de perturbación en los procesos de percepción y aprendizaje, con sus consecuentes rasgos específicos de personalidad y manifestación, en muchos de los casos, de una dificultad en las relaciones interpersonales.

Estas características (heterogeneidad en el desarrollo ontogénico y heterogeneidad dentro del grupo de individuos con *daño cerebral*) deben ser tomadas en cuenta por quienes trabajan con este tipo de sujetos --- "... a efectos de evitar manejarse con criterios rígidos o conceptos esquemáticos, sea en la tarea formativa de la educación o en la elección de medidas tendientes a detectar o corregir desviaciones". (11)

---

(10) Conforme a una escala de inteligencia que tiene una media de 100 y una desviación estándar de 15. --- Entendiendo aquí la inteligencia como "... el constructo, basado en mediciones, que señala el nivel general de desempeño cognoscitivo". --- Ausubel, D., *Psicología Educativa-Un punto de vista cognoscitivo.*, [Trad. R. Helier]., Ed. Trillas, México 1976, p. 265,)

(11) Azcoaga, Derman, Frutos. *Alteraciones del Lenguaje en el Niño.* Ed. Biblioteca, 1971 Rosario, Argentina, pp. 155 - 163.

Planteado así, el fenómeno nos-  
exenta de una definición o concepto limitante y nos crea -  
la imperiosa necesidad de trabajar con un diagnóstico difere  
rencial.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

" Las capacidades y las incapacidades de un niño son comunicadas apropiadamente por un diagnóstico escrupuloso y completo, no por una etiqueta. La etiqueta comunica la imagen total de todos (...) los que padecen lesiones cerebrales. La imagen total nunca es un retrato de un niño individual".

Cruickshank - Paul.

Se considera como finalidad del diagnóstico la distinción entre los diferentes cuadros clínicos, con base a la relación formal que exista por semejanza con esquemas rígidos, previamente establecidos y que llevan en un momento dado a "etiquetar" el fenómeno. Este concepto se podría calificar de tradicional o común e inoperante para los propósitos de este trabajo.

El diagnóstico debe ser entendido como un proceso de investigación, donde la *impresión diagnóstica inicial* sólo pase a ser hipótesis de trabajo, que a la luz de los datos recopilados y del conocimiento del peso de las variables que determinan el fenómeno se confirma o se niega; dejando así, la posibilidad a nuevas hipótesis.

Cabe señalar que, paralelamente a la investigación diagnóstica, se debe trabajar en los programas de habilitación adecuadamente orientados por el conocimiento del caso que va permitiendo este proceso.

El trabajo con los programas de habilitación implica la aparición de nuevas variables, que provocan constantemente la relativa validez del diagnóstico lo cual obliga a revisarlo periódicamente, permitiéndonos así, elaborar un perfil de desarrollo del sujeto en estudio.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El calificativo *diferencial* - NO debe referirse a la distinción entre un individuo y otro a efectos de circunscribirlos como pertenecientes a un determinado grupo o cuadro clínico. Se refiere a la distinción que se logra hacer sobre el peso que tienen las variables que determinan, en nuestro caso, la conducta de un individuo.

El diagnóstico diferencial consiste en señalar los distintos niveles de desarrollo que ha alcanzado el sujeto en las diferentes áreas de su ontogenia conductual.

A partir del proceso de investigación diagnóstica-habilitación, es posible percatarse de los niveles óptimos de desarrollo que podría alcanzar el sujeto a través de un programa de tratamiento sustentado por los diferentes especialistas de un grupo multidisciplinario.

Como podremos percatarnos, nos hemos trasladado de la actitud clasificatoria y genérica del diagnóstico y consecuentemente del tratamiento, a una posición individualizada, específica por cada caso en donde la variable común es el *daño cerebral*.

#### LABOR INTERDISCIPLINARIA

(El trabajo de investigación diagnóstica, de análisis tendiente a la elección de medidas para *corregir desviaciones* y el tratamiento propiamente dicho, no pueden ser dados competentemente por un sólo profesionalista. La participación de un grupo de especialistas, afines al problema, permitirá el logro del objetivo!

Se considera que un EQUIPO INTERDISCIPLINARIO para el estudio del niño con *daño cerebral* debe comprender, como mínimo, los siguientes profesionistas:

Un neurólogo que proporcionará datos: sobre las deficiencias del sistema nervioso y/o retardo en la madurez neurológica; sobre la localización y difusión, en un momento dado, de una lesión cerebral; de las funciones afectadas, señalando sus probables límites y en algunos casos, dará el control farmacológico que disponga al sujeto al trabajo de habilitación conductual.

Un psicólogo que evaluará el -- comportamiento del sujeto, con respecto a la comunidad a la que pertenece; conocerá el aprendizaje que da lugar a su repertorio conductual; evaluará las condiciones ambientales y logrará, con todo lo anterior, elaborar un programa para la modificación e implantación de un repertorio "más-rico" que responda adecuadamente (criterio estadístico y clínico) a las condiciones ambientales. Modificará en lo posible las condiciones adversas del medio para llevar a ese sujeto con limitaciones a SU DESARROLLO óptimo e integrarlo, en lo posible y de ser conveniente, a la familia y a la sociedad. Siendo esta acción profesional determinada por la concepción filosófica del psicólogo.

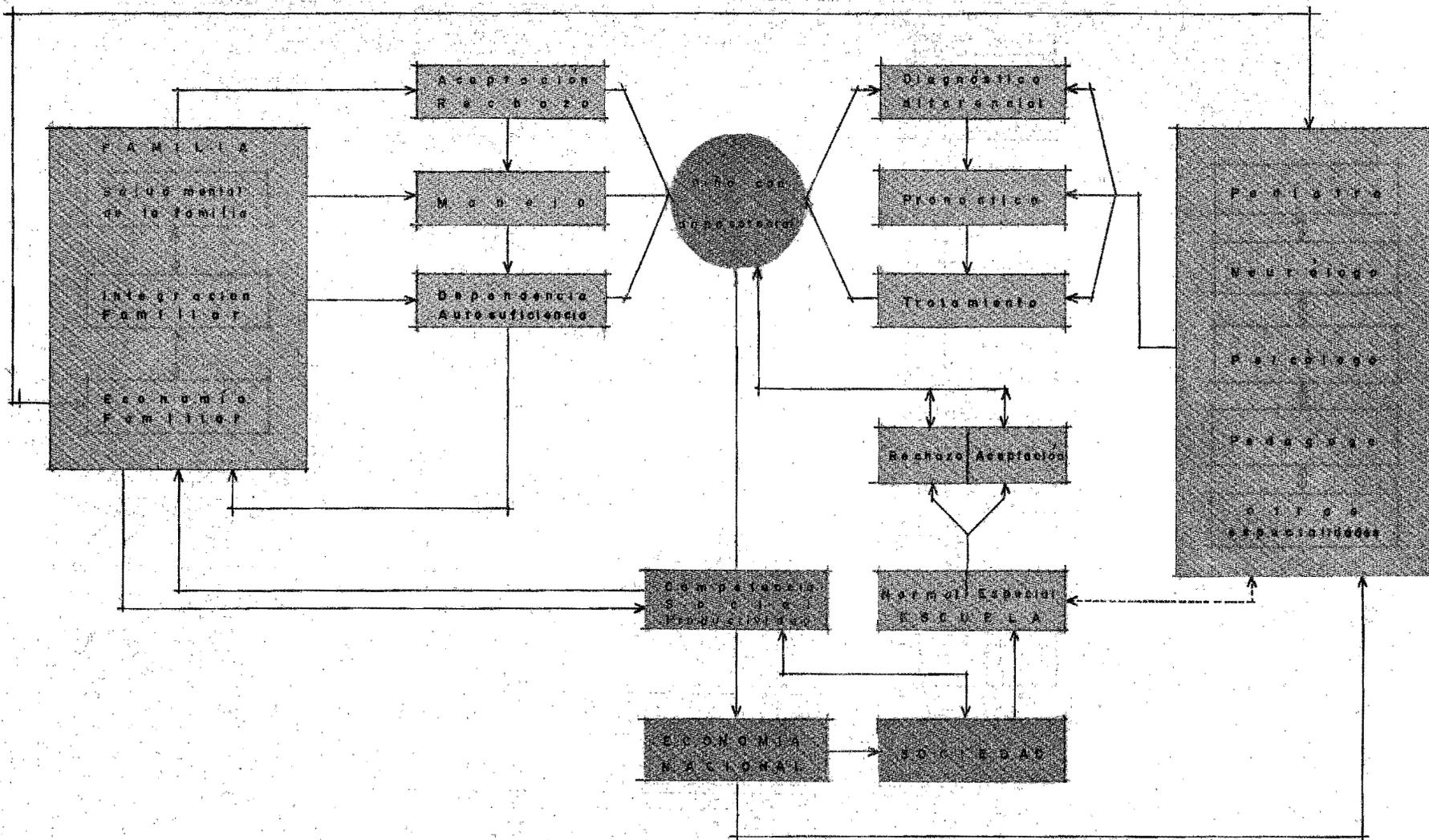
Un pedagogo que efectúe el estudio de relación entre los procesos cognoscitivos y sus manifestaciones en el trabajo académico, así como la elaboración de programas de estimulación tendientes a lograr la madurez que para ello se requiere y que, paralelamente al programa psicológico, lleve al sujeto, en lo posible, a un desarrollo íntegro.

Este grupo de especialistas puede ser aumentado, dependiendo esto de las necesidades del caso en estudio. Cabe señalar que el equipo debe trabajar bajo la idea de resolver los problemas en conjunto y no en forma independiente cayendo en las limitaciones de cada especialidad.

## PERCEPCION GLOBAL DEL FENOMENO

Para cumplir uno de los objetivos de este trabajo es necesario detenernos a analizar el diagrama que a continuación se presenta. Pretendemos con ello dar una visión global del fenómeno en estudio.

DIAGRAMA II: PERCEPCION GLOBAL DEL FENOMENO (\*)



(\*) En el apéndice I se detalla la información atendiendo cada uno de los elementos que integran el diagrama

"... Para descubrir el espesor de la realidad es necesario moverse en torno a ella".

G. A. Miller.

## DE LA TEORIA A LA PRACTICA

Se podría continuar este trabajo haciendo señalamientos teóricos, aun cuando, en un momento dado, esto se alejara de la realidad del trabajo en México; mas, atendiendo a nuestros objetivos señalaremos:

A través del diagnóstico un grupo de especialistas deberá conocer, no sólo las condiciones neurofisiológicas y los déficits manifiestos del sujeto en estudio, sino más aún, deberá percibir toda una serie de factores variables que intervienen en la resultante de la investigación diagnóstica. Son estas variables las condiciones familiares, sociales y económicas.

## REFERENTE A LA FAMILIA

Si partimos de que el medio más próximo en el que crece y se desarrolla el niño es la familia y que de aquí emanan una serie de variables que determinan su conducta, así como de que uno de los objetivos, entre otros, en el trabajo de habilitación, es integrar en lo posible al niño con *daño cerebral* a la familia, debemos conceder importancia a las condiciones ambientales que se dan en la misma.

Se comprende en el estudio de -- dichas condiciones ambientales: *la salud mental* (12) de la familia en sí, su nivel de integración, su economía, el concepto que cada uno de sus miembros tenga sobre el fenómeno y el -- tipo de relaciones interpersonales para con el miembro que -- manifiesta déficit conductual.

### DINAMICA FAMILIAR

Si analizamos las contingencias que se suscitan en el seno familiar encontraremos una serie de factores que en un momento dado determinan desordenes -- conductuales, dentro de los cuales, con mayor frecuencia se presentan las neurosis.

---

(12) "Un año después de que se apro-- bara la Constitución de la OMS, la Comisión Internacional Preparatoria de la Federación Mundial de Salud Mental adoptó las definiciones si---- guientes: 1. La salud mental es el estado que permite el desarrollo óp-- timo de cada individuo en el orden físico, intelectual y afectivo, en -- la medida en que es compatible con el desarrollo de otros individuos. 2. Es deber de la sociedad permitir a sus miembros ese desarrollo, ase-- gurando a la vez el desarrollo de la sociedad misma, dentro de la tole-- rancia debida a las demás sociedades. (Carstair, G.M., "¿Qué es la Sa-- lud Mental?" en Revista Salud Mundial, Mayo de 1973 Editada por -- la Organización Mundial de la Salud. pp. 7 - 8 ).)

Factores que se consideran de mayor frecuencia en la determinación de una psicopatología - desordenes del comportamiento - en la familia del niño con *daño cerebral*:

\* La posible existencia de un "sentimiento de culpa" en uno o ambos progenitores por considerarse responsables del fenómeno (esto será de mayor consideración a medida que los déficits manifiestos por el niño -- sean mayores).

\* El conflicto producto del rechazo consciente y la presión normativa social de aceptación - (esto será de mayor consideración a medida que los déficits manifiestos por el niño sean mayores).

\* El "ausentismo".- El deshacerse de la responsabilidad de atender al menor por lo que esto implica (absorción de atención, tiempo, dinero, etc.) Generalmente el "ausentismo" es por parte de uno de los cónyuges, con mayor frecuencia el padre; quien puede abandonar - física y/o económicamente a la familia. Por el abandono económico y/o el gasto que implican los servicios especializados en México para la atención del menor, la madre se ve -- generalmente obligada a trabajar. El tiempo que la madre invierte en el trabajo y el tiempo que invierte en la atención del niño se traduce en una incompatibilidad que le provoca problemas en la sede de trabajo y en la familia por la falta de atención a la misma.

\* La falta de atención a los -- otros hijos se traducen en problemas de comportamiento y -- consecuentemente escolares, los que demandan tiempo.

Todas estas condiciones desencadenan una serie de conductas, en las relaciones interpersonales dentro de la familia y en el trabajo, que se pueden traducir en desintegración familiar o inestabilidad económica. (13)

Reiteremos que la dinámica familiar está en relación directa con los déficits manifestados por el niño.

La aceptación o el rechazo del menor dependerá del conocimiento y consecuentemente del -- concepto que los padres tengan sobre el fenómeno y también del significado que tenga el niño en la vida particular de cada uno de sus progenitores y en la de los hermanos.

---

(13) "Existe una tendencia creciente a admitir que la presencia en una familia de una persona incapacitada por retraso mental puede constituir una pesada carga financiera y una tensión emocional e influir desfavorablemente en el bienestar y la eficiencia social de toda la familia". O.M.S. XV Informe del Comité de Expertos en Salud Mental, O. M. S., Ginebra 1968 - Pág. 30.



Estas variables - aceptación, - rechazo - tienen un gran peso en la determinación del comportamiento del sujeto y en su tratamiento, proceso que implica la disposición que tenga la familia en la atención - del caso.

Consideramos -hipotéticamente - que cuando el niño con *daño cerebral* es rechazado, los déficits se incrementan. Una de las limitaciones más comunes - en este tipo de sujetos son las perturbaciones perceptuales que dan un déficit en la capacidad cognoscitiva, por lo que se requiere de una estimulación "más rica" e intensa, condición de la que carece el niño rechazado.

#### DETERMINACION CONDUCTUAL DEL SUJETO POR EL MANEJO FAMILIAR.

La capacidad de respuesta autónoma (dependencia - autosuficiencia) del sujeto tiene, como una de las variables que la determina, la forma como la familia y medio social estimula las respuestas (reforzadores y estímulos aversivos).

Hablamos de dependencia:

1.- Cuando el sujeto teniendo la capacidad y posibilidad de respuesta ante un estímulo - discriminativo, requiere por condicionamiento:

a) Que la respuesta sea dada -- con otro individuo adjunto o bien,

b) Que la respuesta sea dada -- por otro sujeto, habiendo un cambio en la contingencia.

2.- Cuando el sujeto no tiene - la capacidad para dar una respuesta determinada ante un es- tímulo discriminativo y requiere del auxilio de otro suje- to.

Es importante conocer a través- de la investigación diagnóstica, cuáles son las limitacio- nes que tiene el sujeto en el momento del estudio (cambiar- tes en el proceso de investigación diagnóstica - habilita- ción); así como los posibles alcances que pueda tener a -- través de una estimulación programada (posibilidad de im- plantación de nuevo repertorio conductual y/o modificación del existente) para efectos de evitar, por un lado, el exi- gir conductas que por deficiencias neurológicas, el sujeto no esté capacitado a dar, o bien, que teniendo la capaci- dad, y por motivos de sobreprotección (auxilio no necesaa- rio, originado por la percepción de una impotencia obviam- mente no existente o exageración de la existente y/o como- formación reactiva de un rechazo) se le limite adquirir o- a incrementar su repertorio conductual.

La dependencia (referida en 1,- cuando existe la capacidad de dar respuesta) además de li- mitar al sujeto, crea las condiciones para el desarrollo - de una psicopatología - desordenes del comportamiento - en el seno familiar. Esta psicopatología se manifiesta espe- cialmente en la persona que auxilia quien se convierte en- dependiente de las necesidades del niño.

Cabe señalar que la relación de dependencia (referida en 2, cuando no existe la capacidad de dar respuesta), también crea las condiciones para el desarrollo de dicha psicopatología - perturbación del comportamiento -, sólo que aquí no se está limitando al sujeto - que presenta déficits. (Diagrama III)

Hipotéticamente consideramos -- que a mayor déficit, mayor dependencia; a su vez, a mayor dependencia, menor posibilidad de productividad; por lo -- que a mayor déficit, menor posibilidad de productividad -- (económicamente hablando). Es decir, se está considerando la posibilidad de productividad del niño con *daño cerebral* - como individuo. Así el niño con *daño cerebral* es una variable que indudablemente deja sentir sus efectos en el nivel de salud mental de los miembros de su familia y consecuentemente en la integración que ésta tenga, y en la determinación de su economía. (Diagramas IV y V)

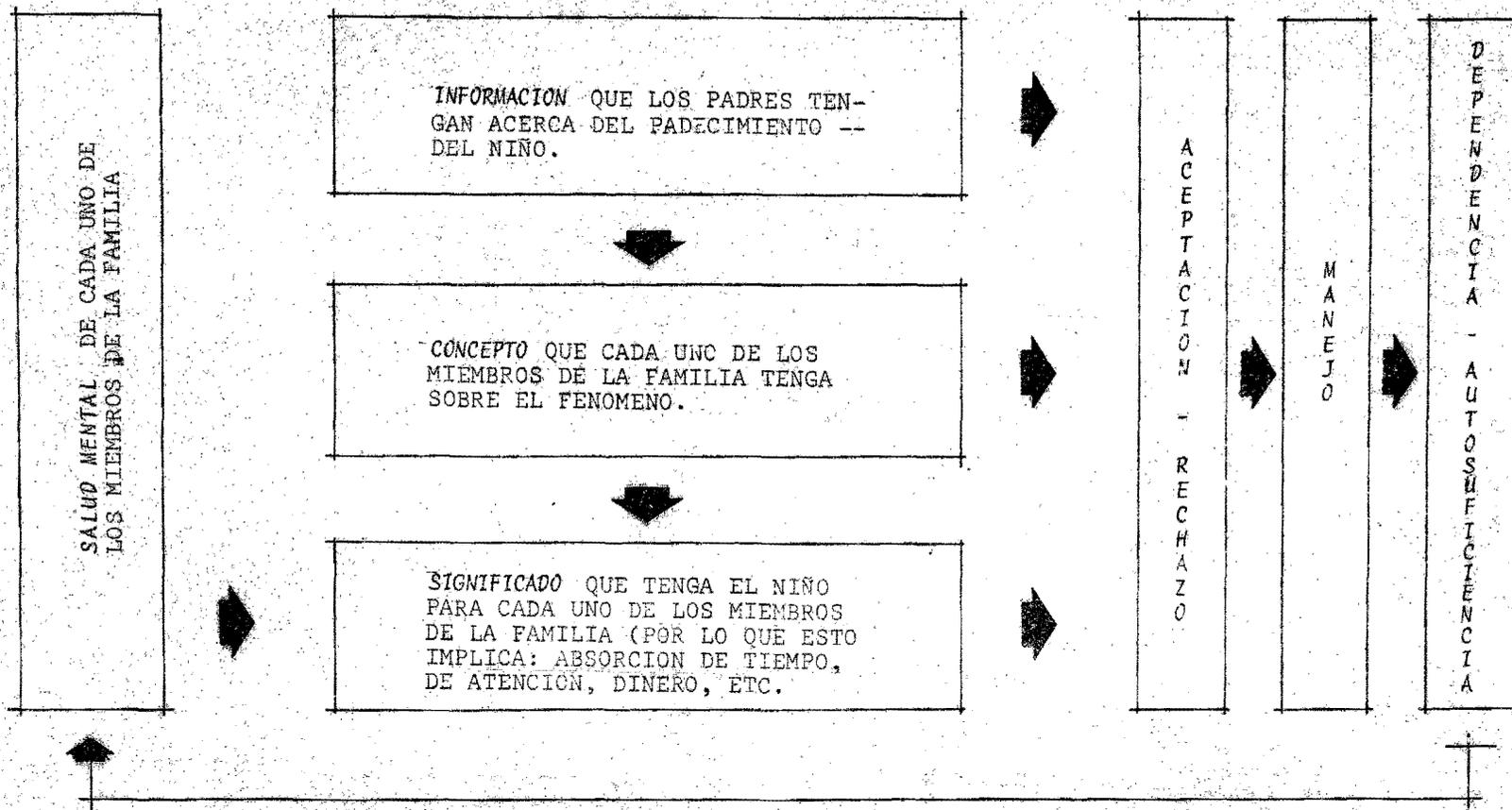


DIAGRAMA III.

Existen tres factores importantes que condicionan el desarrollo del niño en el seno familiar: 1.- La aceptación o rechazo producto de la información, del concepto y del significado que cada uno de los miembros le dé; 2.- El "manejo" -- familiar que se haga, y 3.- El grado de dependencia-autosuficiencia que se condiciona.

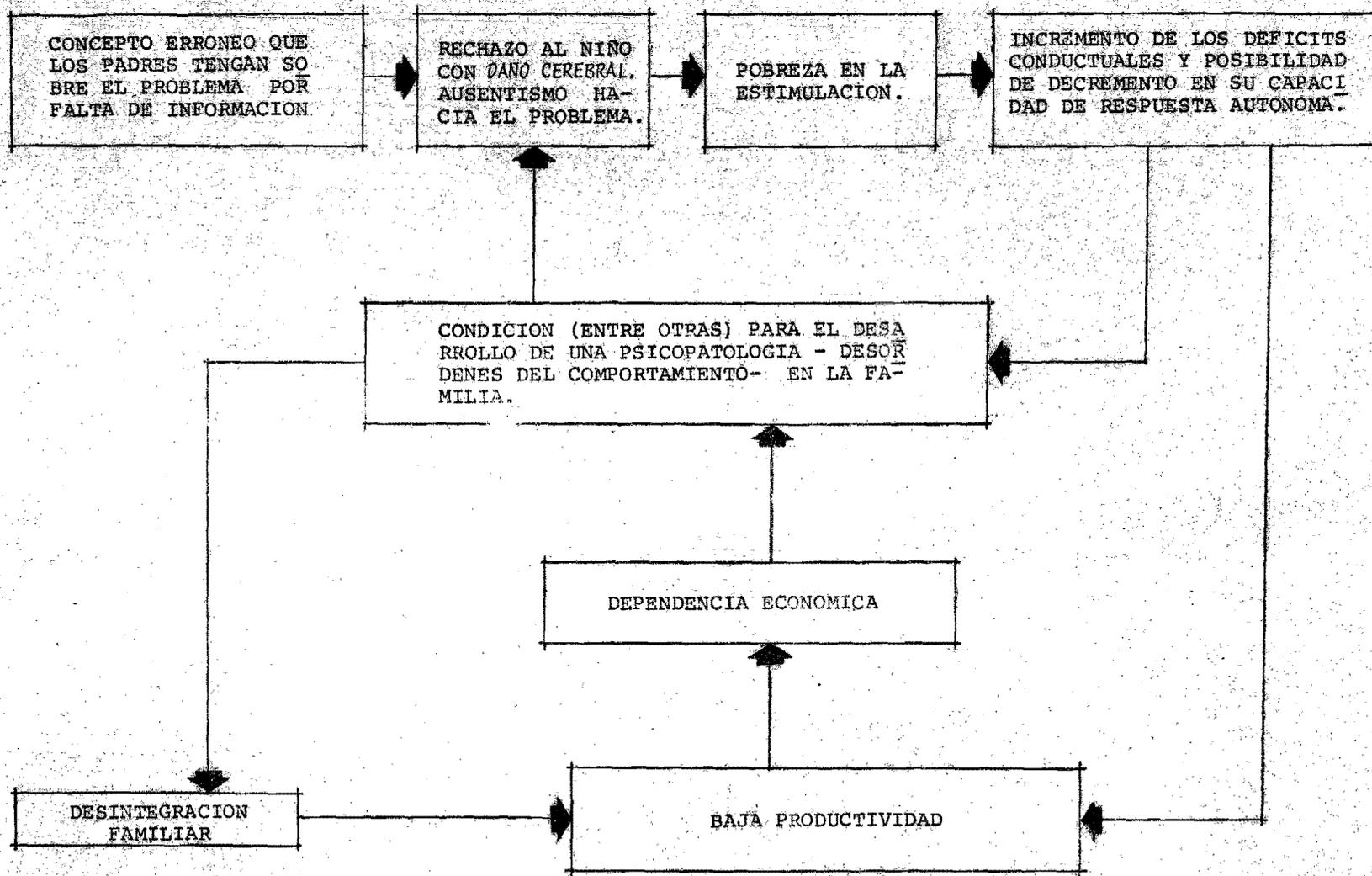


DIAGRAMA IV

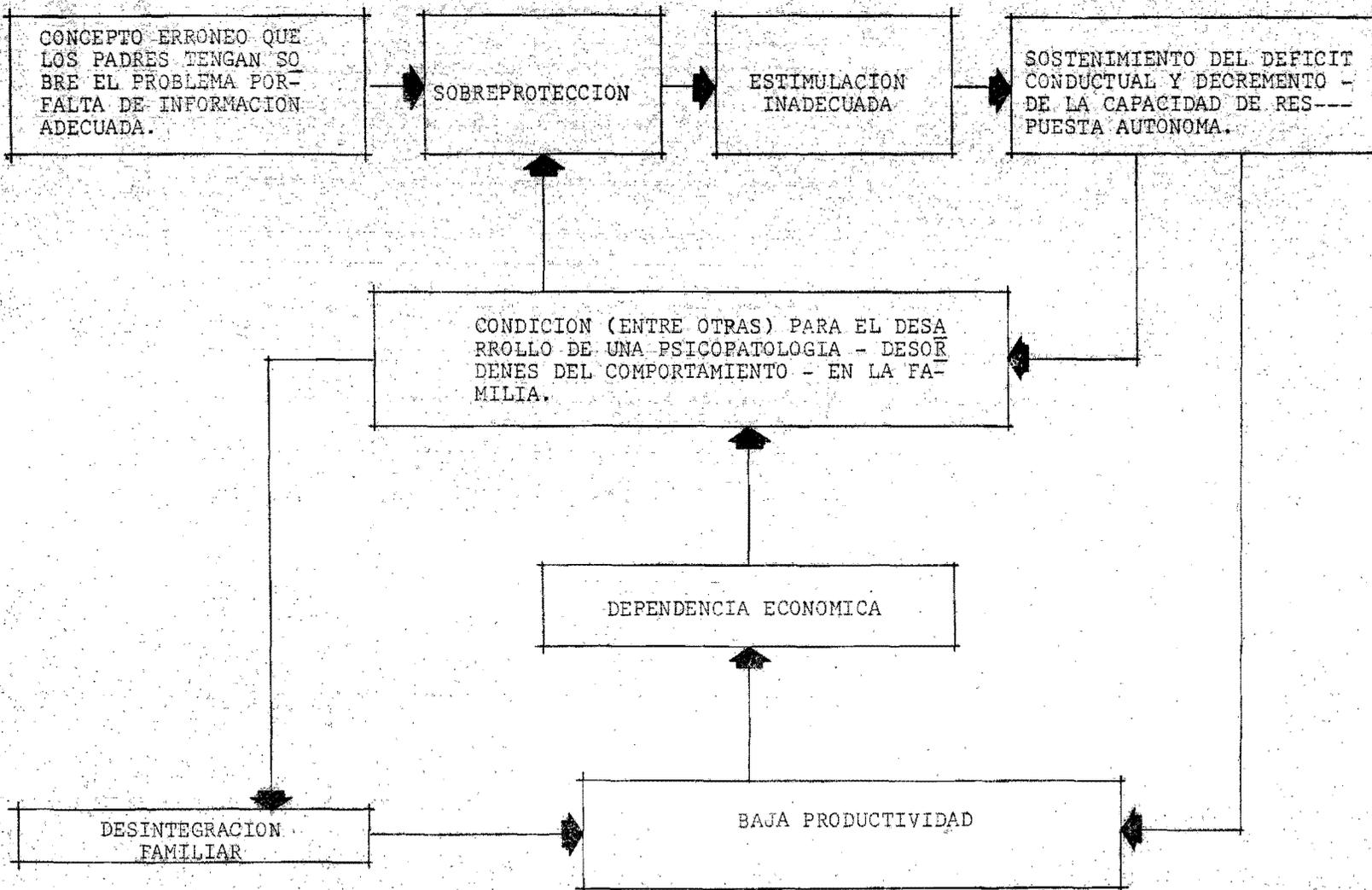


DIAGRAMA V.

ASPECTO SOCIAL.

"No podemos dejar a un lado el marco social en el que se desarrolla la investigación de los fenómenos de la conducta"

S. Aréchiga.

Un criterio, entre otros, por cuyo medio se hace la evaluación de individuos dentro de nuestro sistema, es la COMPETENCIA SOCIAL (14). Se entiende ésta, como la capacidad que tiene un individuo con respecto a otros de responder a las condiciones y exigencias dadas e impuestas por la misma sociedad.

El criterio de competencia social se aplica en nuestra comunidad, por así decirlo, a manera de "selección natural", donde aquel que tiene mayor posibilidad de producir, tendrá mejores oportunidades.

---

(14) "En todos los niveles de inteligencia, menos en los más bajos el concepto de competencia social ha llegado a cobrar un significado fundamental para determinar el camino que se ha de seguir con la persona intelectualmente deficiente. Los pioneros de esta aproximación fueron Doll de los Estados Unidos y Tredgold en Inglaterra. En vez de determinar el nivel 'puro' de inteligencia, por medio de test formales, se mide la capacidad del individuo para desempeñarse en actividades sociales básicas. Uno de los más conocidos de esos tests es la Vineland Social Maturity Scale [Escala de Madurez Social de Vineland]. Es importante hacer notar, sin embargo, que una evaluación de este tipo puede ser tan injusta para un individuo específico como fiarse solamente de la puntuación de un test de inteligencia. Es claro que un niño muy desfavorecido y con inteligencia normal puede parecer socialmente incompetente debido a una falta de entrenamiento en sus primeros años" Yates I.A. Terapia del comportamiento. Ed. Trillas, México, 1976, p. 374

Por el contrario, el que presenta limitaciones será marginado social y económicamente y, en muchas ocasiones, será objeto de explotación.

Esta "filosofía" la podemos encontrar manifiesta incluso, en escritos publicados por la Organización Mundial de la Salud; Vgr. en el XV Informe -- del Comité de Expertos de O. M. S. en Salud Mental - Serie de Informes Técnicos No. 392, pág. 53, al manifestar que:-- "EL EXITO DE TODO PROGRAMA DE REHABILITACION SE MIDE EN DE FINITIVA POR EL NUMERO DE PERSONAS QUE DESEMPEÑAN UN TRABAJO LUCRATIVO".

Aun cuando este escrito atiende a sujetos con déficit conductual de etiología orgánica, estas reflexiones encajan en sujetos que presentan déficit - por la pobreza de estimulación ambiental, a quienes alguien ha llamado *impedidos culturalmente*.

Si por productividad se entiende la capacidad del sujeto de fabricación de mercancía, de producir plusvalía en el ámbito social y si tenemos un mercado donde la competencia en la venta de Fuerza de Trabajo es muy marcada, donde no se satisface la demanda de empleo y se crea el problema de desocupación y subempleo para individuos que podemos presumir de "normales", encontraremos que el sujeto con déficit conductual por *daño cerebral* tendrá remota la posibilidad de producir a nivel de poder entrar a una competencia social y por lo tanto, también remota la posibilidad de integrarse realmente a su sociedad.

Si reflexionamos sobre esto, - tendremos, entre otras cosas, que es paradójica la actitud de la sociedad hacia este problema. Por un lado se habla de la integración social y por otro se margina. Cabe preguntarnos - ¿Qué tanto las disminuciones son en sí un fenómeno social? - . Un artículo de Nettie R. Bartel y Samuel L. Guskin habla al respecto y nos dice: "lo que es característico de todos los individuos disminuídos no son sus características propias, sino la respuesta específica del medio ambiente ante ellos. Un disminuído es alguien al que los demás consideran incompetente (...) alguien a quien el prójimo intenta ayudar, proteger o evitarle. Los médicos, los psicólogos, los pedagogos y los expertos en rehabilitación simplemente racionalizan e institucionalizan la antipatía y la compasión del hombre de la calle. Esto es, los profesionales crean una terminología, una organización y una pedagogía que alienta y estabiliza las relaciones del status distintivo entre el disminuído y los demas". (15)

---

(15) Bartel, N. R. y Guskin, S. L. - "La Disminución como Fenómeno Social" en Psicología ..., Op. cit. p. 82.

¿Es o no la sociedad la que decide tratar al niño con déficit conductual como diferente - ¿Es o no la sociedad la que señala y separa al niño en grupos o escuelas especiales? - ¿No es, acaso, la que incapacita al capacitarlos en condiciones especiales y en actividades ajenas a la realidad social?. (16). La Sociedad crea - obstáculos y predisposición al identificar y etiquetar una determinada condición, al tratar en forma especial y en condiciones especiales al que ha sido señalado como diferente - al grupo.

---

dos, pp. 64 - 68.

(16) Vid. infra. Talleres Protegi

**INSTITUCIONES DE HABILITACION PSICOPEDAGOGICA.**

"Por lo general, los países en desarrollo sólo pueden dedicar una pequeña proporción de sus fondos a la salud pública y a la educación especializada, y ello explica la penuria de servicios, la escasez de datos epidemiológicos y la falta de estadísticas fidedignas".

O. M. S. Inf. 392, XV.

La estimulación psicopedagógica en los niños que presentan déficit conductual por daño cerebral es de vital importancia por ser un factor antecedente a considerar para su desarrollo íntegro.

La cantidad de variables que influyen sobre el aprendizaje y la adaptación del sujeto a su medio, así como la heterogeneidad del grupo de individuos con daño cerebral, crean la necesidad de la existencia de diferentes servicios especializados.

En diciembre de 1970 fue creada la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.), dependiente de la Secretaría de Educación Pública, cuya labor sería: "La planeación, coordinación e integración de las actividades tendientes a resolver los problemas de escolaridad y rehabilitación del niño impedido o atípico en México". (17)

---

(17) Peniche, C. y cols. "La Detección y el Diagnóstico del Niño Atípico para su Educación y Rehabilitación", en SEP, Dirección General de Educación Especial S.E.P., México, No. I, 1971, p. 19.

La población que atiende esta Dirección es bastante heterogénea, comprende niños afectados del aparato locomotor (parálisis cerebral), ciegos, sordos, deficientes mentales, niños con problemas de aprendizaje, niños con problemas de conducta e infractores. Si se hace un análisis de esta población nos percataremos que muchos de estos problemas tienen, como una de las variables que los determinan, el *daño cerebral*. Es de interés en este trabajo abocarse al tipo de sujetos que ya se ha definido, y que se refiere a individuos cuyos déficits se manifiestan preponderantemente en el área cognoscitiva.

Es necesario considerar que hay un determinado número de niños en edad escolar que sin ser "etiquetados" como deficientes, presentan dificultades en el aprendizaje y conductas que obstaculizan sus relaciones interpersonales con los otros niños (hiperquinesia, "inestabilidad emocional", "agresividad", falta de atención, etc.), así como alteraciones no fáciles de detectar a nivel neurológico. En México no existen estadísticas fidedignas, ni estudios epidemiológicos sobre *daño cerebral*. Estimamos -- que es el 4% sobre el total de la población en edad escolar (de 5 a 9 años).. (18)(19)

---

(18) "Según ciertos autores, por ejemplo Stewart y sus colaboradores (The Hiperactive Child Syndrome), el síndrome de disfunción cerebral tiene un alto grado de incidencia, pues se estima que el 4% de todos los niños de edad escolar son hiperactivos. Otros autores dan cifras menores, seguramente porque los criterios empleados en el diagnóstico son más estrictos". (Velazco Fernández, R., El Niño Hiperquinético - Los Síndromes de Disfunción Cerebral. Ed. Trillas, México, 1976, pp 20-21).

(19) "... no existe un consenso confiable de tales niños, ni se conoce bien el porcentaje que representan en la población infantil. Ocasionalmente se oye hablar de porcentajes que van de 1 a 7%, pero la realidad es que no disponemos de cifras en las que se pueda confiar". (Cruickshank, W.M., El Niño con ... Op. cit. p. 35

Este grupo es tan heterogéneo como el de los mayormente afectados. Las desviaciones en su comportamiento son semejantes a las de los niños que se les diagnostica alteraciones demostrables en el cerebro. La denominación que en la literatura se ha dado al "síndrome" -- que presentan estos niños es el de *Disfunción Cerebral Mínima*; dentro de la nomenclatura utilizada por la D.G.E.E., serían *Niños con Problemas de Aprendizaje*. (Debe quedar claro que no nos referimos a los niños con problemas de aprendizaje por la pobreza de estimulación ambiental, a los *impedidos culturalmente*, aun cuando, la mencionada Dirección, hasta este momento próxima a corregir, los integra dentro de un mismo grupo y servicio.

A continuación se presentan una serie de cuadros y gráficas que nos permiten hacer una apreciación objetiva de los servicios que proporciona la Dirección General de Educación Especial.

I N S T I T U C I O N	D I S T R I T O F E D E R A L		
	FEDERAL	POR COOPERACION	PARTICULAR
CLINICAS DE CONDUCTA	2	-	-
CLINICAS PSICOPEDAGOGICAS	15	2	3
CLINICAS DE DIAGNOSTICO	1	-	-
ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL	▲ 18*	4	21**
GRUPOS INTEGRADOS	117 ***	-	-
CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL DE CAPACTACION PARA EL TRABAJO	8	1	-
INDUSTRIAS PROTEGIDAS	1	-	-
TALLERES PROTEGIDOS	1	-	-
<p>* 16 Escuelas de la SEP y 2 Escuelas de la S. S. A.</p> <p>** De las Escuelas Registradas 12 Incorporadas y 9 sin incorporarse a la D. G. E. E.</p> <p>*** 117 Grupos en 66 Escuelas Oficiales.</p>			

NUMERO DE INSTITUCIONES REGISTRADAS EN LA D.G.E.E. DEL DISTRITO FEDERAL, MEXICO.

E S C U E L A S D E E D U C A C I O N E S P E C I A L F O R A N E A S

LOCALIZACION	FEDERAL	ESTATAL	COOPERAC.	PARTICULAR	TOTAL
AGUASCALIENTES	1		1		2
BAJA CALIFORNIA NORTE	1	1	1		3
BAJA CALIFORNIA SUR				1	1
CAMPECHE	1				1
COAHUILA	3		2		5
COLIMA	2				2
CHIAPAS	2				2
CHIHUAHUA	4	4		2	10
DURANGO	2				2
GUANAJUATO	4			1	5
HIDALGO	1				1
JALISCO	1	3		4	8
ESTADO DE MEXICO	1			2	3
MICHOACAN	1			1	2
MORELOS				1	1
NAYARIT	1				1
NUEVO LEON	5	4		7	16
OAXACA	1				1
PUEBLA	1	1		5	7
QUERETARO	1				1
QUINTANA ROO	1				1
SAN LUIS POTOSI	1			1	2
SINALOA	2			1	3
SONORA	8			1	9
TABASCO	1				1
TAMAULIPAS	3			4	7
VERACRUZ		3		3	6
YUCATAN	3		1	1	5
ZACATECAS	1				1
T O T A L	54	16	5	34	109

E S P E C I F I C A C I O N	NUMERO DE ESCUELAS	POBLACION ATENDIDA
ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL PARA NIÑOS CON DEFICIT CONDUCTUAL POR <i>DANO CEREBRAL</i> ("DEFICIENTES MENTALES") EN TODA LA REPUBLICA MEXICANA. *	148	8880
ESCUELAS QUE CUENTAN CON GRUPOS INTEGRADOS PARA LA ATENCION DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, CONOCIDOS COMO NIÑOS CON "DISFUNCION CEREBRAL MINIMA".	231 (307 GPOS.)	6215
T O T A L		15095
<p>* Se desconocen datos de 23 escuelas.  Estos datos fueron obtenidos de los registros de la D.G.E.E.</p>		

-  
64  
-

ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL.



Los servicios especializados que proporciona la D.G.E.E. para la habilitación psicopedagógica del niño con *daño cerebral* son:

- \* Clínicas de Conducta
- \* Clínicas de Ortolalia
- \* Clínicas Psicopedagógicas
- \* Clínicas de Detección
- \* Escuelas de Educación Especial
- \* Grupos Integrados (20)

Cada una de estas instituciones tiene las siguientes funciones:

- 1.- DIAGNOSTICO.- a través de un equipo multidisciplinario, con base al cual se harán las orientaciones generales sobre el tratamiento.(21)
- 2.- Aplicación del tratamiento
- 3.- Evaluación y reorientación del tratamiento.
- 4.- Investigación y estudio de casos. (22)

---

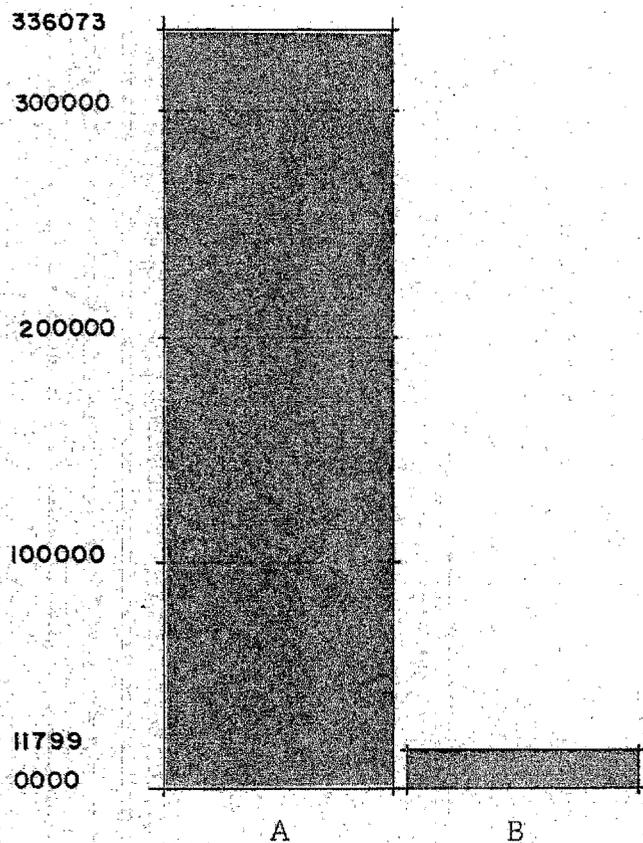
(20) "El imperativo de atender no solo un mayor número de niños sino el de proporcionar a la Escuela Primaria servicios especiales para la detección diagnóstico y tratamiento de algunos problemas de aprendizaje fundamentalmente a nivel de primer grado - de primaria, nos ha obligado a elaborar un diseño tal que permita alcanzar esta finalidad a corto plazo, creando los llamados GRUPOS INTEGRADOS. Inicialmente con niños deficientes mentales superficiales o ligeros que se organizarán anexos a centros escolares de ambiente socio económico bajo y densamente poblados- y posteriormente todo problema de aprendizaje". Mayagoitia, O. Los Grupos Integrados, D.G.E.E., -- SEP, México s.f. p. 25

(21) De todas las instituciones que pertenecen a la D.G.E.E. únicamente dos de ellas tienen equipo multidisciplinario completo.

(22) Por lo general, el manejo de tiempo- (horario y calendarios escolares) y los recursos económicos disponibles no permiten que se lleve a cabo esta función.

GRUPOS INTEGRADOS *			
LOCALIZACION	NUMERO DE ESCUELAS	NUMERO DE GRUPOS	POBLACION
CAMPECHE	9	9	224
MICHOACAN	3	7	149
PUEBLA	8	8	234
QUINTANA ROO	9	9	241
NUEVO LEON	76	82	1373 **
SALTILLO	60	75	1948 **
TOTAL EN PROVINCIA	165	190	4169
DISTRITO FEDERAL	66	117	2047
TOTAL EN LA REPUBLICA	231	307	6216
<p>* Grupos de Enseñanza Especial, para niños con problemas de aprendizaje, enclavados en Escuelas de Enseñanza Normal.</p> <p>** El incremento en el número de Escuelas, Grupos y Población obedece a un programa especial que la D.G.E.E. de la S.E.P. hizo con estas dos entidades.</p>			

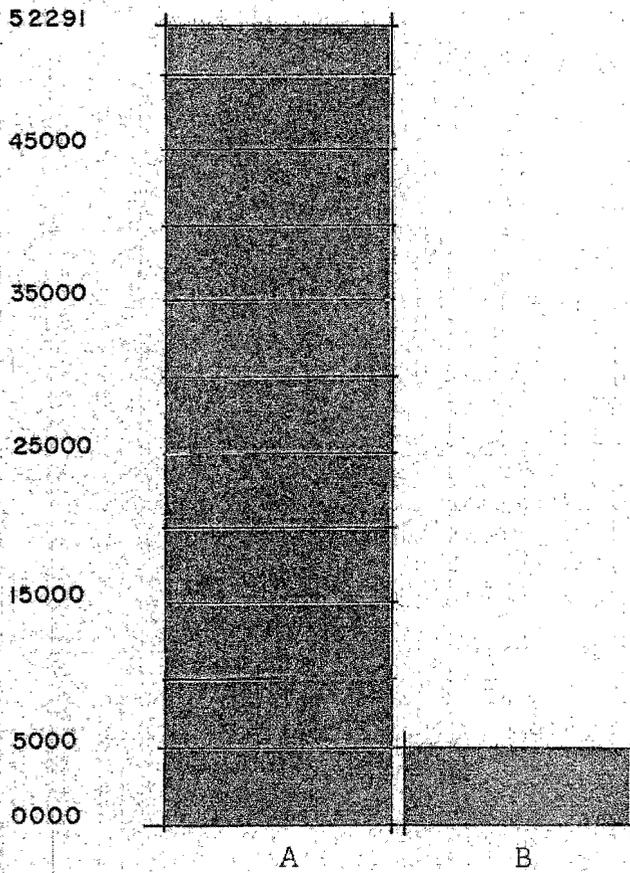
D E S C R I P C I O N	1977	1978	INCREMENTO
POBLACION INFANTIL EN EDAD ESCOLAR ( DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD ) EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA. *	8'401,840	8'657,434	255,594
POBLACION DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA, QUE SE CONSIDERA REQUIERE DE HABILITA- CION PSICOPEDAGOGICA - ETIOLOGIA DAÑO CEREBRAL - (4% DE LA POBLACION INFANTIL EN EDAD ESCOLAR). **	336,073	346,297	10,224
POBLACION ( APROXIMADA POR SER FLOTANTES ) QUE SEGUN LOS DATOS DE LA D.G.E.E. ES - ATENDIDA EN LOS ESTADOS DE LA REPUBLICA.	11,799	--	--
<p>* Datos obtenidos de los archivos de la Dirección de Estadística Educativa. S.E.P.</p> <p>** Vid. supra. notas 18 y 19.</p>			



- A - 4% DE LA POBLACION INFANTIL EN EDAD ESCOLAR (DE 5 A 9 AÑOS) QUE SE CONSIDERA NECESITA DE HABILITACION PSICOPEDAGOGICA EN LOS ESTADOS DE LA REPUBLICA.

- B - POBLACION QUE RECIBE ATENCION EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA.

DESCRIPCION	1977	1978	INCREMENTO
POBLACION INFANTIL EN EDAD ESCOLAR ( DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD) EN EL DISTRITO FEDERAL - PROYECCION 1977 - 1978. *	1'307,284	1'364,531	57,247
POBLACION QUE SE CONSIDERA **. REQUIERE DE HABILITACION PSICOPEDAGOGICA - NIÑO CON DEFICIT CONDUCTUAL POR DAÑO CEREBRAL - (4% DE LA POBLACION INFANTIL EN EDAD ESCOLAR).	52,291	54,581	2,290
POBLACION ( APROXIMADA POR SER FLOTANTE ) QUE SEGUN LOS DATOS DE LA D.G.E.E. ES ATENDIDA EN EL DISTRITO FEDERAL.	5,057	--	--
<p>* DATOS OBTENIDOS DE LOS ARCHIVOS DE LA DIRECCION DE ESTADISTICA EDUCATIVA.</p> <p>** Vid. supra. notas 18 y 19.</p>			



- A - 4% DE LA POBLACION INFANTIL EN EDAD ESCOLAR DEL DISTRITO FEDERAL, QUE SE INFIERE NECESITA DE HABILITACION PSICOPEDAGOGICA.

- B - POBLACION QUE RECIBE ATENCION EN EL DISTRITO FEDERAL.

ALGUNAS OBSERVACIONES.



Ciertamente el Estado Mexicano ha creado una serie de instituciones cuyos objetivos son "la rehabilitación, para la integración a la vida productiva y a la sociedad". (23) (24)

---

(23) "Actualmente es motivo de honda preocupación, inquietud e interés científico, la existencia en el mundo de millones de niños y adolescentes atípicos, que por alguna invalidez física, mental o social, se apartan de la normalidad y necesitan de educación especial para su rehabilitación e integración a la sociedad". --  
"... Los fines que se persiguen no son sólo de índole humanística, sino económicos y sociales. Afirmamos lo anterior, por el conocimiento comprobado a través de nuestra modesta experiencia, de la grave problemática que su desatención plantea al individuo, a la familia, a la escuela y a la sociedad, el hecho de abandonarlos, significa condenarles a una injusta e inútil segregación y que indefectiblemente les lleva a una vida parasocial o abiertamente antisocial". --  
"... Considerando las graves desventajas que para el desarrollo cultural y social de nuestros pueblos significa su abandono, es que nos vemos obligados a reflexionar sobre este problema que se hace más notable que nunca al conjugarse una serie de factores tales como los avances de la medicina, que al salvar mayor número de vidas no logran, sin embargo, librarlas de las terribles secuelas físicas y mentales. La explosión demográfica, la promiscuidad, la ignorancia, la miseria y la insalubridad, las modernas técnicas de diagnóstico precoz, el progreso de la tecnología que revela y margina más y más a los que padecen limitaciones, los sedimenta socialmente, apartándoles de la vida normal y privándoles de aportar sus energías al desarrollo nacional". Mayagoitia, O. "La Escolaridad en la Rehabilitación de Inválidos" (Ponencia), en Memorias de la Reunión Nacional sobre Problemas de Salud, Alimentación y Seguridad Social, - Pachuca, México, Mayo 1970. (subrayado nuestro).

(24) "El Problema del - sujeto con déficit conductual por daño cerebral - existe en todos los países. Sin embargo, en las regiones subdesarrolladas la elevada mortalidad infantil disminuye el número de casos graves, al tiempo que los retrasos ligeros tienden a pasar desapercibidos. Por supuesto, al mejorar las condiciones económico-sociales, estos casos empezarán a plantear un problema, y la mayor supervivencia de casos graves hará aumentar la prevalencia. Por paradójico que pueda parecer, la importancia del 'retraso mental' aumenta a medida que un país se desarrolla". "Problemas Especiales Planteados en los Países en Desarrollo" - XV Informe del Comité de Expertos en Salud Mental, Serie de Informes Técnicos No. 392, -- O. M. S., Ginebra, 1968, pp. 50 - 51.

Util es cuestionarnos sobre este punto:

- ¿En qué medida estas instituciones están alcanzando dichos objetivos?.
- ¿Son afines o posibles éstos para el tipo de sociedad en la que vivimos?.

Ambas preguntas van íntimamente-relacionadas ya que, si los objetivos no son posibles, éstos no serán alcanzados; en su defecto, si éstos son posibles y no se han alcanzado, la tarea será buscar los errores en los procesos y medios.

El problema se plantea de la siguiente forma:

#### CONDICIONES DE TRABAJO

Dentro de las condiciones de trabajo encontramos dos niveles: el nivel técnico y el económico - administrativo.

Se consideran dentro del nivel técnico los diferentes problemas del ejercicio profesional, independientemente de las limitaciones económico-administrativas.

El nivel de preparación de los diferentes profesionistas con los que tiene relación el sujeto en estudio, es el problema al que se debe dar mayor -- atención. (25) (26)

Los primeros profesionistas que tienen contacto directo con el niño son el médico general, la educadora y el maestro. La falta de información mínima -- que se requiere sobre el problema que nos ocupa, en el ejercicio de su trabajo, provoca un atraso en la canalización -- del "paciente" y en ocasiones, por orientación equívoca, -- una resistencia, apatía o desinterés, al tratamiento.

---

(25) "La efectividad y función social de una profesión en un país subdesarrollado, no está en la aplicación de unas cuantas técnicas, sino en la capacidad de PREVISIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN OPORTUNA EN LA DIRECCIÓN DE LOS PROCESOS DE SU COMPETENCIA HACIA METAS SOCIALES DE INTEGRACIÓN NACIONAL DEL DESARROLLO TOTAL". Fonseca, J. J., Los Psicólogos en el Tercer Mundo, Centro de Investigaciones Psicológicas., Universidad Autónoma de Puebla, México, P. 64 (subrayado nuestro).

(26) "En los países en desarrollo resulta más difícil orientar la adopción de las medidas oportunas en este sector, en parte porque reina una mayor ignorancia y también por la limitación de los recursos estatales".

" ... Se trata de problemas particularmente difíciles (...) donde hay una grave escasez de personal capacitado". XV Informe ... op. cit., pp. 50 - 51.

Se ha manifestado en esta tesis la necesidad de una labor interdisciplinaria. Cuando nuestro sujeto al fin llega a manos de un especialista neurólogo, psicólogo, psiquiatra o pedagogo, ya sea en una institución oficial o a nivel particular, independientemente de la calidad profesional del especialista, recibe un trabajo personalista que se reduce, en las instituciones oficiales, a escribir una cuartilla de su impresión diagnóstica y, en su caso, a extender una receta médica.

En algunas instituciones se encontrará un servicio de "psicoterapia", pero en la mayoría de éstas, no habrá un seguimiento del caso ni un trabajo multidisciplinario integrado.

Dentro de las variables de trabajo encontramos también las limitaciones económico-administrativas. De aquí sólo se señalará la FALTA DE COORDINACION ENTRE LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS ESPECIALIZADOS; siendo ésta la causa de la interrupción, en ocasiones en forma súbita, del tratamiento del "paciente", o bien del peregrinar del mismo de institución a institución, tratando de encontrar mejor solución a su problema.

Estas deficiencias técnicas --- (tiempo y calidad del diagnóstico - calidad y continuidad del tratamiento), se traducen si no en trabajo inútil, sí en trabajo poco productivo que lesiona la economía familiar y social.

Cuando nos referimos a la necesidad de una coordinación en los servicios especializados que

prestan las diferentes instituciones oficiales para la atención del niño con *daño cerebral*, se está marcando un problema de peso. La atención óptima para su habilitación involucra varias áreas profesionales y actividades que a nivel administrativo se colocan en diferentes secretarías. Es decir, la prevención, el tratamiento médico, la habilitación conductual, la programación educativa y posteriormente la ocupacional, así como la investigación, los servicios asistenciales, legislativos y de seguridad social, son tareas que en el sistema administrativo de servicios en México, corresponden a varias dependencias y por ende secretarías.

"Diplomáticamente" existe y es posible la coordinación intersecretarial para dar un servicio continuo e integrado (27) (28). Pero la realidad es otra, cada secretaría trabaja independientemente, incluso

---

(27) "Es necesaria una coordinación a nivel nacional, con tareas a corto plazo que abarquen es fuerzas cons--cientes de la Secretaría de Educación Pública (Dirección General de -- Educación Pública, Dirección General de Educación Primaria y Dirección General Preescolar), del Departamento del D. F., de la Secretaría de -- Salubridad y Asistencia, del ISSSTE, del IMSS, del INPI, del IMAN y de más organizaciones que directa o indirectamente se ocupan del problema". - Mayagoitia, O. "Fundamentos de Educación Especial" en SEP, Dirección General de Educación Especial, S.E.P., México, No. 1, noviembre 1971, - p. 10.

(28) "Se está buscando un más estrecho contacto con todas las dependencias e instituciones públicas que en una u otra forma concurren a la solución del problema, a fin de evitar duplicidades ahí donde es necesaria la diversidad y la distribución de un servicio. Se pretende coordinación de atribuciones y con ese fin se *tr*amita ya un convenio intersecretarial con la Secretaría de Salubridad y Asistencia a fin de obtener mayor ventaja de atribuciones que por su - índole, lejos de coadyuvar a la solución de un problema lo dificultan a veces en el empeño estéril de mayor competencia, sin importar si de menos eficacia". Barrientos de León, M. "El Departamento Social y Asisten--cial" en SEP, op. cit. p. 16

instituciones que pertenecen a una misma dependencia, dirección, y que supuestamente deberían laborar en coordinación. Más aún, nos atreveríamos a decir que en muchas ocasiones no existe una comunicación entre éstas; desconocen entre sí el tipo de programas, el nivel al que están trabajando y la afinidad que pudieran tener. Ejemplo de ello es el *Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro* dependiente de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; en el que entre otras funciones desarrolla un programa de habilitación integrada (médico - psicopedagógica) para niños que presentan déficit conductual por *daño cerebral*. Dentro de este servicio se cuenta con dos escuelas de enseñanza especial, una adscrita a la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.) de la Secretaría de Educación Pública, y la otra, la de *Hospital de día* que depende exclusivamente de la dirección del hospital. Para esto, es importante señalar que no existe relación entre ambas escuelas, cada una trabaja en forma independiente a pesar de estar dentro de las mismas instalaciones. Los programas de la escuela de *Hospital de día* - "mejores" o "peores" - que los de la D.G.E.E., ahí están, funcionando, sin haber la posibilidad de corregir por referencia o de aportar superaciones.

El hospital atiende a estos sujetos hasta los 14 años; su canalización para la continuidad del tratamiento presenta serias dificultades: La primera de ellas es el número reducido de instituciones afines (seis centros para adolescentes, dependientes de la D.G.E.E. de la S.E.P. y uno de la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia). La segunda, los centros de la D.G.E.E. sólo reciben jóvenes que provengan-

de las escuelas de su sistema. Por último, el desconocimiento que existe acerca de las instituciones que se considerarían el tratamiento; tal es el caso de la *Escuela Granja Bernardino Alvarez* que, perteneciendo a la misma secretaría y dirección que el *Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro*, es desconocida en éste último. Por otra parte se esperaría que la *Escuela Granja Bernardino Alvarez*, debido al tipo de actividad que desarrolla, trabajara en coordinación con la D.G.E.E.; pero la escuela labora independiente (al parecer sin mayor justificación que el pertenecer a la S.S.A.), propiamente dicho sin programas, con sólo tres maestros de enseñanza especial con un nombramiento de quince horas - semana - mes. (tres horas por día), un psicólogo para una población de cien alumnos y el resto del personal, gente valiosa que ha aprendido el oficio en 10 ó 12 años de experiencia. No obstante que esta escuela cuenta con el *Instituto Nacional de Neurología* como servicio médico, su utilidad no se refleja por la falta de coordinación entre los profesionistas de las diferentes disciplinas afines, provocada principalmente por la autonomía de las instituciones.

- ¿Por qué la falta de coordinación de los servicios especializados de las diferentes instituciones públicas?.

- La percepción del autor a este respecto, con base a sus vivencias y sin poderlo demostrar, es: Existe una lucha entre la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salubridad y Asistencia por la hegemonía del problema. Es decir, ¿a quién corresponde atender el problema del niño con déficit conductual ---

por *daño cerebral* ? - ¿ a la Secretaría de Educación Pública por los problemas de aprendizaje que comprende? o ¿ a la - Secretaría de Salubridad y Asistencia por el servicio médico que se requiere para su atención? - ¿Qué significa tener la hegemonía sobre el problema? - ¿El control de un número mayor de plazas? - ¿ Dinero ?...

Tomémosle significado a la cita del psicólogo Manuel Barrientos de León, cuando nos dice:- "... lejos de coadyuvar a la solución de un problema, lo - dificultan a veces en el empeño estéril de mayor competencia, sin importar de menos eficacia". (29)

---

(29) Ibidem.

## TALLERES PROTEGIDOS

Como continuidad y complemento de la habilitación del sujeto con déficit conductual por *daño cerebral*, específicamente los "etiquetados" como deficientes mentales, se han creado los Centros de Educación Especial de Capacitación para el Trabajo (nueve en total).

El objetivo de estas instituciones es la capacitación laboral para la integración a la vida productiva y a la sociedad. (30) (objetivo que ya se ha cuestionado en esta tesis). (31)

La tarea de capacitación y de integración se ve obstaculizada en la medida que los déficits conductuales son mayores. El origen de las dificultades se puede establecer en dos aspectos importantes: Primero, entre más profundas sean las limitaciones del sujeto, menores serán las posibilidades de colocarlo en un trabajo que le sea remunerativo. Segundo, la concepción de la sociedad competitiva, que exige de los individuos un mínimo de producción de plusvalía para admitirlos dentro del sistema.

---

(30) *Objetivo que se plantea la D.G.E.E. en los Centros de Capacitación para el Trabajo: "1.- Proporcionarles a los adolescentes deficientes mentales de nivel medio y ligero la capacitación laboral, que les permita desempeñar con éxito y dignidad una tarea, por sencilla que esta sea, haciendo de él un participante activo de su comunidad. (S.E.P. Programa Oficial de Educación Especial, Área Deficientes Mentales, D.G.E.E., S.E.P. México, 1976). [subrayado nuestro].*

(31) Vid. supra, *Aspecto Social* ---

Quando hablamos de limitaciones nos referimos a la baja velocidad de respuesta (lo que ocasiona una lenta producción), la capacidad de juicio, que se refleja en la calidad del producto, la dependencia a un supervisor y la falta de iniciativa. La confrontación con tales limitaciones dió lugar a la creación de talleres e industrias protegidas. (32)

---

(32) "Por las palabras 'empleo protegido' queremos decir el suministro de trabajo productivo en talleres, -proveyendo facilidades especiales en proyectos fuera de un taller o en programas de trabajo a domicilio para los más incapacitados, con el objeto de: a) darles la oportunidad de ganarse la vida, y b) si es posible, capacitarlos para adquirir una habilidad laboral suficiente para la industria competitiva y de pasarlos a tal empleo.

El empleo es protegido en el sentido de que los inválidos son protegidos de la competencia de los no inválidos y de los efectos del mercado normal de mano de obra, donde no tendrían perspectivas de obtener un empleo." Phillips, N. Empleo Protegido, Publicaciones Sobre Retardo Mental, No. 29, Instituto Interamericano del niño, O. E. A. Uruguay, 1973.

En México se cuenta con dos centros de este tipo: uno dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y otro que pertenece a la Dirección General de Educación Especial de la S. E. P.

El objetivo de estos talleres --  
es:

"1.- Proporcionar a los adolescentes y adultos deficientes mentales de nivel bajo, un entrenamiento y capacitación laboral que les permitan desempeñarse con éxito y dignidad en una tarea, haciéndole en un medio de permanente supervisión, en el que encuentre la realización personal y la participación social adecuada a sus posibilidades.

2.- Constituir un sitio permanente de trabajo para estos deficitarios, en el que se les proporcione acceso al trabajo socializado y goce de una previsión -- social y salario mínimo que les permita una independencia económico-social relativa." (33)

---

(33) S. E. P. Programa Oficial -  
de Educación Especial ... op. cit.

Sin embargo, nos preguntamos si este sistema de trabajo es capaz de integrar al atípico en una sociedad de consumo. Brevemente, bajo la forma de análisis objetivo, señalaremos:

1) Los métodos de entrenamiento utilizados no tienen relación con los métodos que se emplean hoy en día en la industria ni tienen las exigencias de ella.

2) la maquinaria y herramienta con que se trabaja son de calidad y actualidad heterogénea. -- Los equipos existentes, algunos modernos otros anticuados, no son manipulables por los alumnos debido a la complicación o -- riesgo que ello implica.

3) la técnica de trabajo en general se diseña para mantener ocupados a los alumnos y no para capacitarlos en un trabajo.

4) no existe contacto continuo con firmas comerciales, ya que, por sus exigencias de calidad, se resisten a establecer contratos de carácter permanente.

5) los incentivos monetarios para los alumnos no existen en general y cuando los hay son lamentablemente inadecuados para la autosuficiencia.

6) la capacidad de producción de los alumnos es de tal nivel que no permite la competencia real o esperada de un obrero común.

7) se trabaja con personal cuya preparación varía desde un obrero calificado, sin entrenamiento en educación especial, hasta terapistas ocupacionales, lo que no permite implementar un plan congruente de trabajo.

8) no es costeable el monto de instalaciones, medios y personal que se requiere para lograr los objetivos.

9) el sistema permite grandes fugas de capital, injustificables.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha hecho una revisión de los aspectos más relevantes de la situación del niño con *daño cerebral*. El interés ha sido --- plantear una serie de puntos de vista tendientes a proporcionar al psicólogo una perspectiva global del problema, -- obligándolo a sentir su desempeño profesional como algo más que la simple aplicación de una técnica y que le permita -- comprender su labor en una clínica o en cualquier institución, como algo que no es ajeno a la condición social y económica de su comunidad.

Cada cláusula invita a la investigación objetiva y profunda de los diferentes aspectos que comprende el fenómeno.

A continuación enumeramos, conforme al desarrollo sistemático de esta tesis, una serie de puntos a manera de conclusiones:

\* *La conducta del niño con daño cerebral no está determinada únicamente por la variable orgánica, sino también por la interrelación con las variables medioambientales (historia de relación del sujeto con su medio - aprendizaje - y las contingencias presentes).*

\* *La dificultad para dar nombre al fenómeno en estudio, surge por la diversidad de conductas que los sujetos presentan y por la deficiente e inadecuada detección de las variables que la alteran.*

\* No es válido utilizar criterios rígidos o conceptos esquemáticos, dado que cada sujeto presenta un cuadro diferente.

\* Los diferentes aspectos que encierra el atender en forma integrada al sujeto con daño cerebral requieren del trabajo de un equipo multidisciplinario.

\* El diagnóstico debe entenderse como un proceso de investigación en el que se establecen una serie de impresiones diagnósticas como hipótesis de trabajo a lo largo del tratamiento.

\* El diagnóstico diferencial debe permitir el conocimiento del peso de cada una de las variables y su interrelación.

\* El tratamiento está sujeto a la impresión diagnóstica inicial y es, al mismo tiempo, una variable que -- modifica dicha impresión. Esto da lugar al replanteamiento periódico, -- tanto del diagnóstico como del tratamiento (proceso de investigación -- diagnóstica - rehabilitación.)

\* El niño con déficit conductual por daño cerebral es una variable que dejará sentir sus efectos en la salud mental de cada uno de los miembros de su familia, en el nivel de integración de la misma y su estabilidad económica. (Esta variable es más relevante cuando los déficits son mayores).

\* El desarrollo del niño con daño cerebral en el seno familiar, está condicionado por la aceptación - rechazo, manejo familiar y grado de conducta autónoma.

\* Es importante que el psicólogo y cada uno de los especialistas, que brindan sus servicios para la habilitación del sujeto con déficit conductual por daño cerebral, consideren la estructura social en la que se desarrolla el fenómeno.

\* En la estructura social y económica que existe en México es cuestionable la integración del niño con déficit conductual por daño cerebral ("deficiente mental") a la familia, a la vida productiva y a la sociedad.

\* La posición contradictoria que hasta hoy se mantiene en nuestra sociedad (por un lado busca la integración del disminuido y por otro lo margina), pone de manifiesto la necesidad de modificar el parámetro de producción con el que es medido.

\* En la práctica cotidiana se hace evidente la necesidad de una mayor información y capacitación a los profesionales que, de alguna manera, tienen relación con el niño que padece daño cerebral.

\* Se debe buscar la coordinación de los servicios especializados que prestan las instituciones oficiales.

Consideramos que la forma como ha sido planteada la estructura de las variables y el análisis realizado, es válido para otras atipicidades.

La falta de estadísticas fidedignas no nos permite dar datos estrictamente exactos; no obstante, las cifras y gráficas presentadas nos dan una idea objetiva y confiable sobre la magnitud del problema.

Debe ser alentada toda iniciativa de estudio, todo esfuerzo tendiente a corregir los problemas que aquí se plantean.

APENDICE I.

EXPLICACION DETALLADA DEL DIAGRAMA

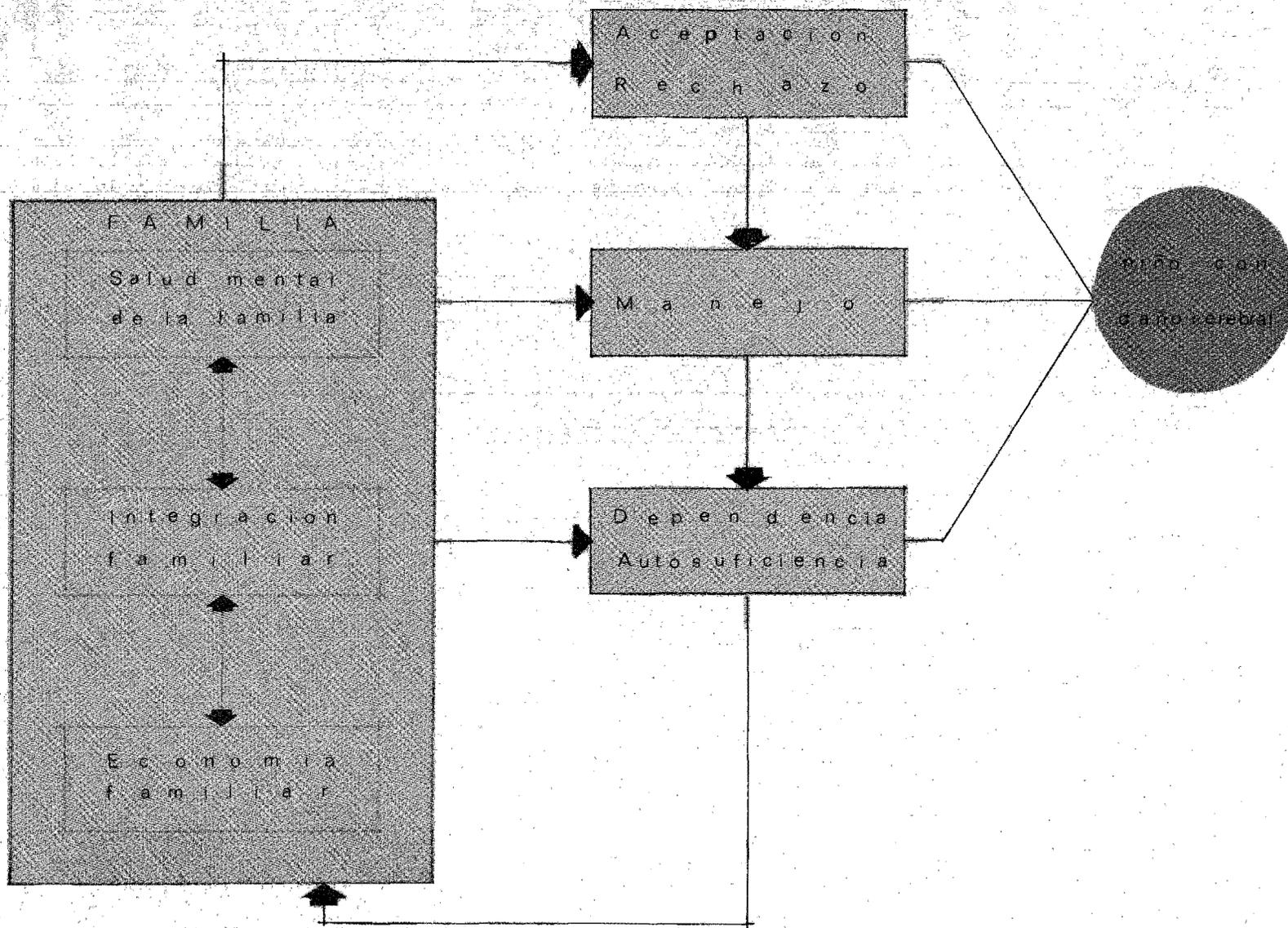


DIAGRAMA VI.

La salud mental de la familia, su grado de integración y la condición económica que en ella prevalece son tres factores intercurrentes que determinan la aceptación o rechazo del miembro que presenta déficit.

La aceptación o rechazo dará lugar a la forma de "manejo" que la familia tenga sobre el menor, lo que directamente determinará el grado de conducta autónoma (dependencia-autosuficiencia). Esta condición se verá reflejada en la economía familiar, en su integración y en sí en la salud mental de cada uno de sus miembros. Se forma así, dentro de la estructura de variables, un círculo vicioso a considerar. (Vid. supra

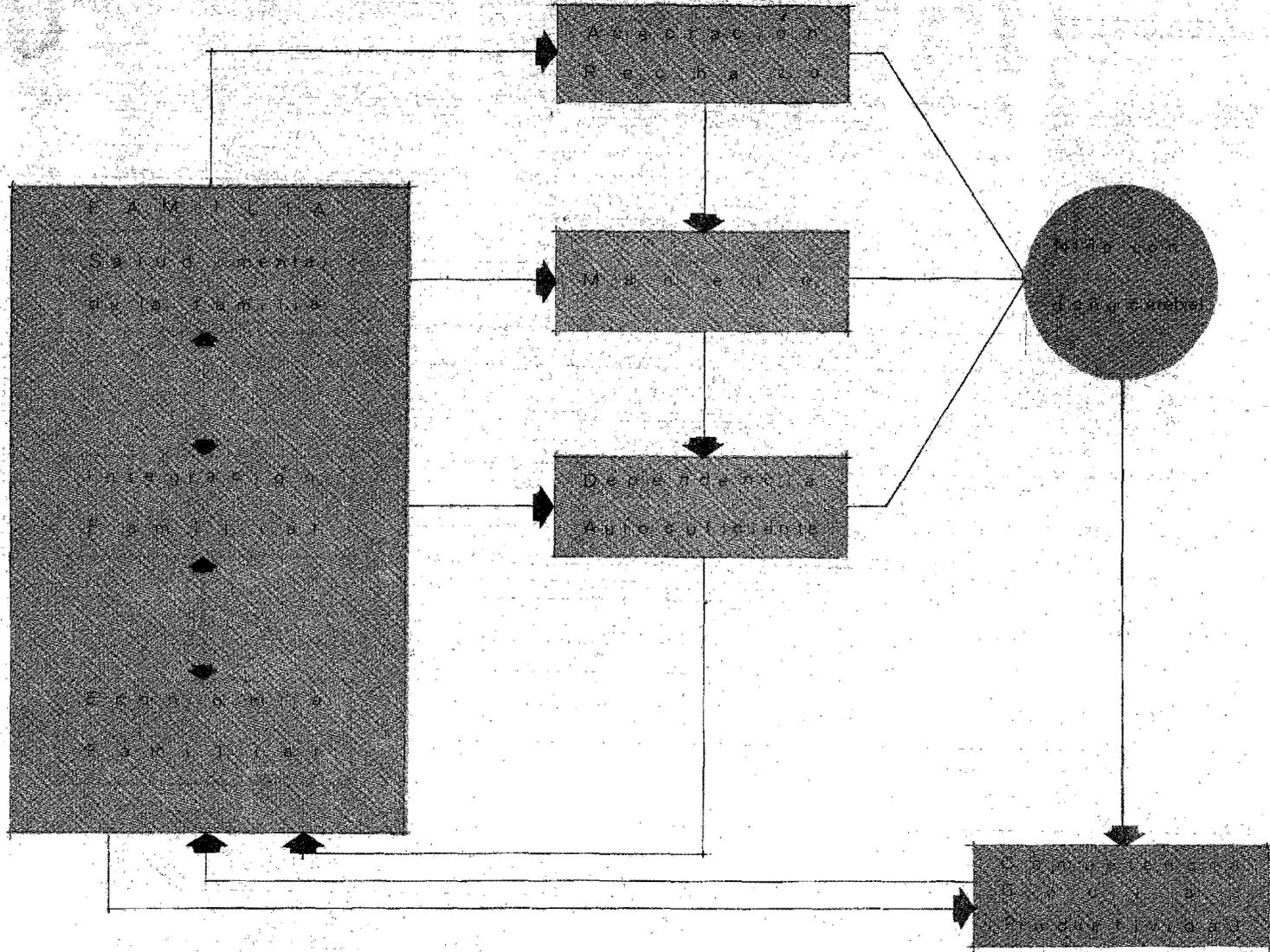


DIAGRAMA VII.

Quando el sujeto con déficit conductual por daño cerebral llega a una edad en la que se espera que sea productivo y cuando su repertorio conductual lo limita en esa posibilidad, los efectos de la dependencia implícita se ven reflejados tanto en la economía familiar, como en su grado de integración y salud mental. Siendo esta última una variable en la determinación de la capacidad de producción de los miembros de la familia, se forma así un círculo vicioso. ( Vid. supra pp. 28 - 37 )

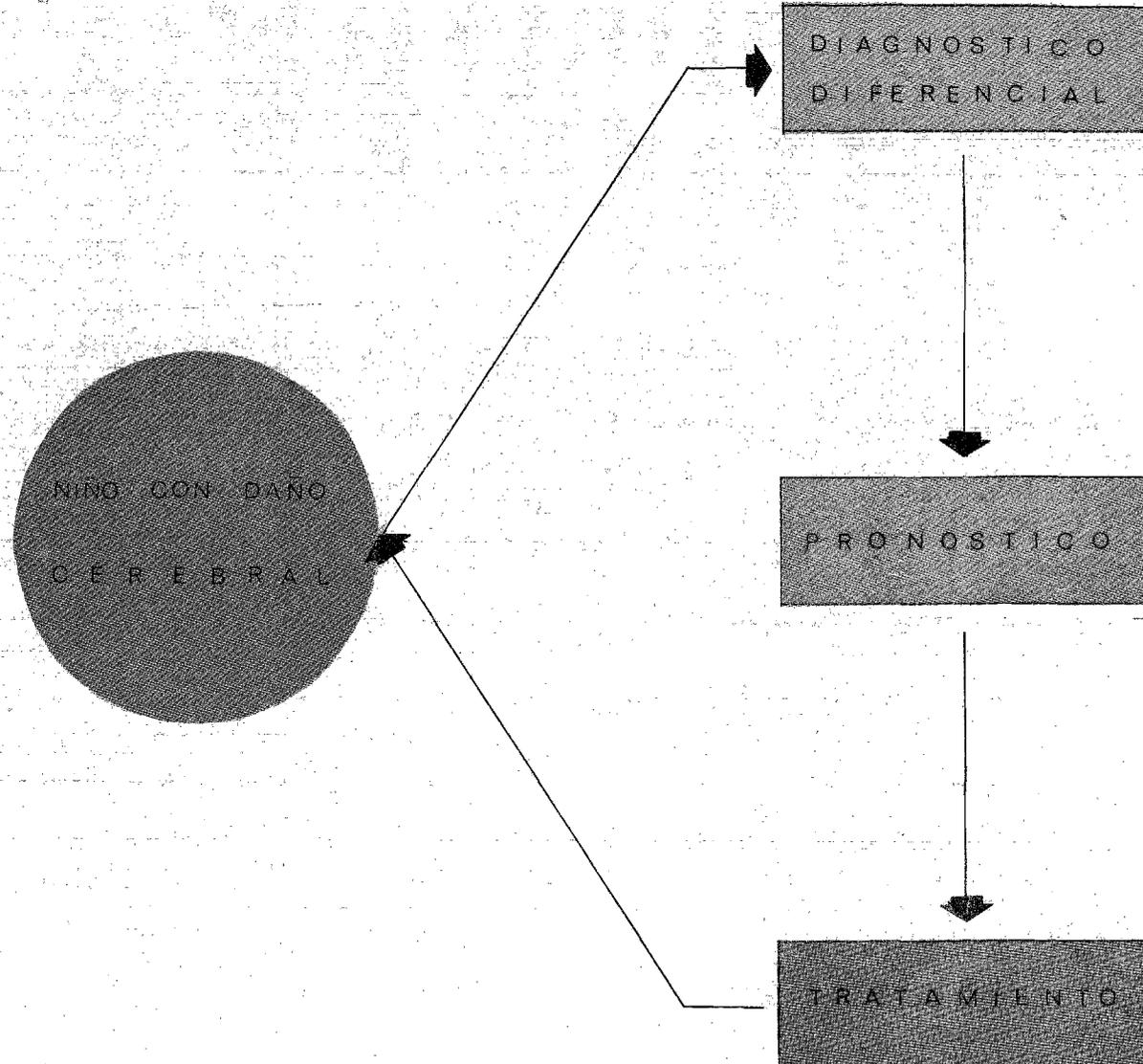


DIAGRAMA VIII.

Planteado el diagnóstico como hipótesis de trabajo, no se concibe como estático, sino como dinámico. Así, el desarrollo del tratamiento dará lugar a cambios constantes en el diagnóstico y con ello en el pronóstico. (Vid. supra pp. 20 - 23).

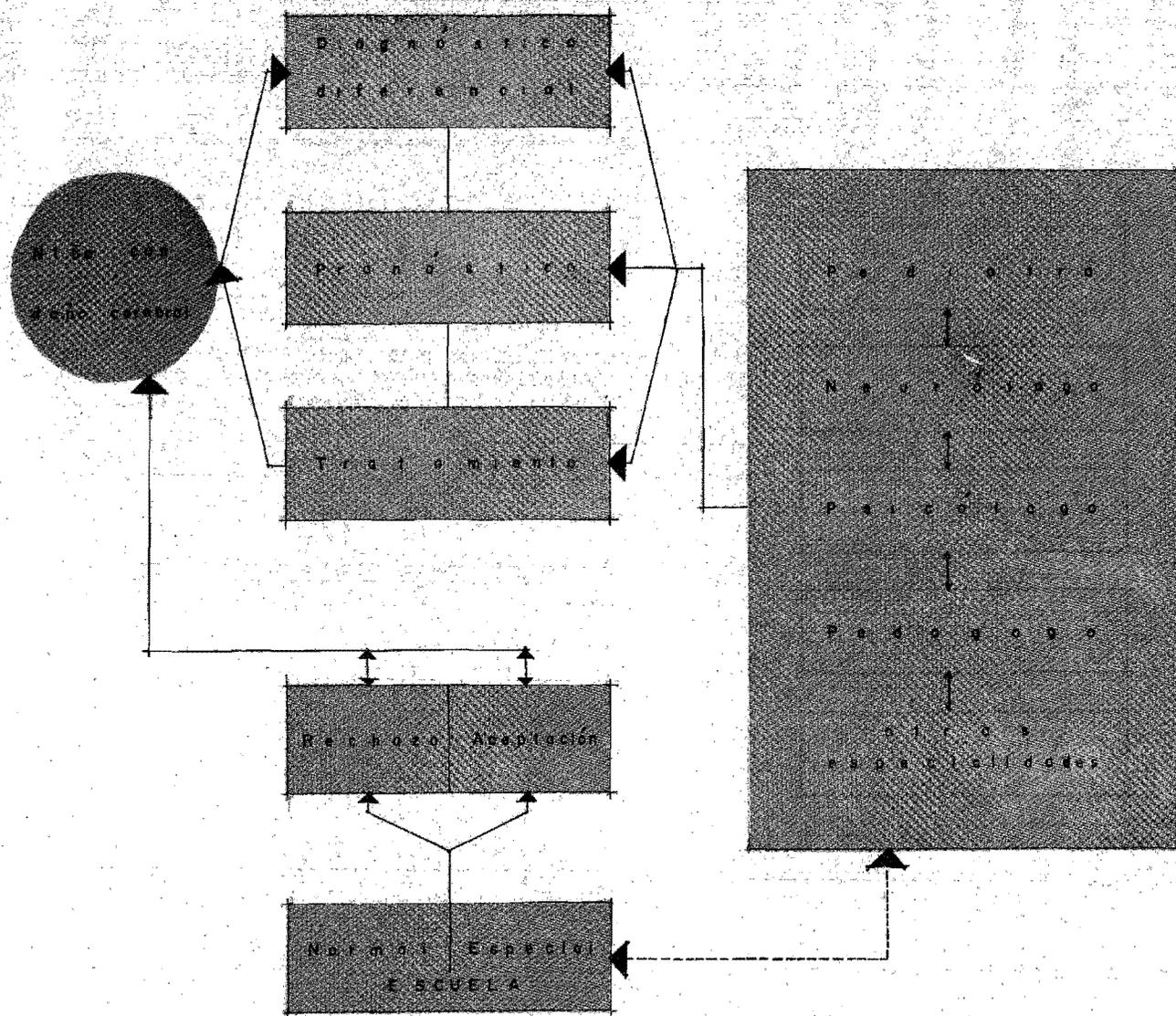


DIAGRAMA IX.

El trabajo integrado de los diferentes especialistas de un grupo interdisciplinario, en cuanto diagnóstico y tratamiento, debe servir como base y estar en contacto directo con la labor de las escuelas, para la aceptación y verdadera habilitación del niño que presenta déficit conductivo por daño cerebral. (Vid. supra pp. 23 - 24, 57 - 63)

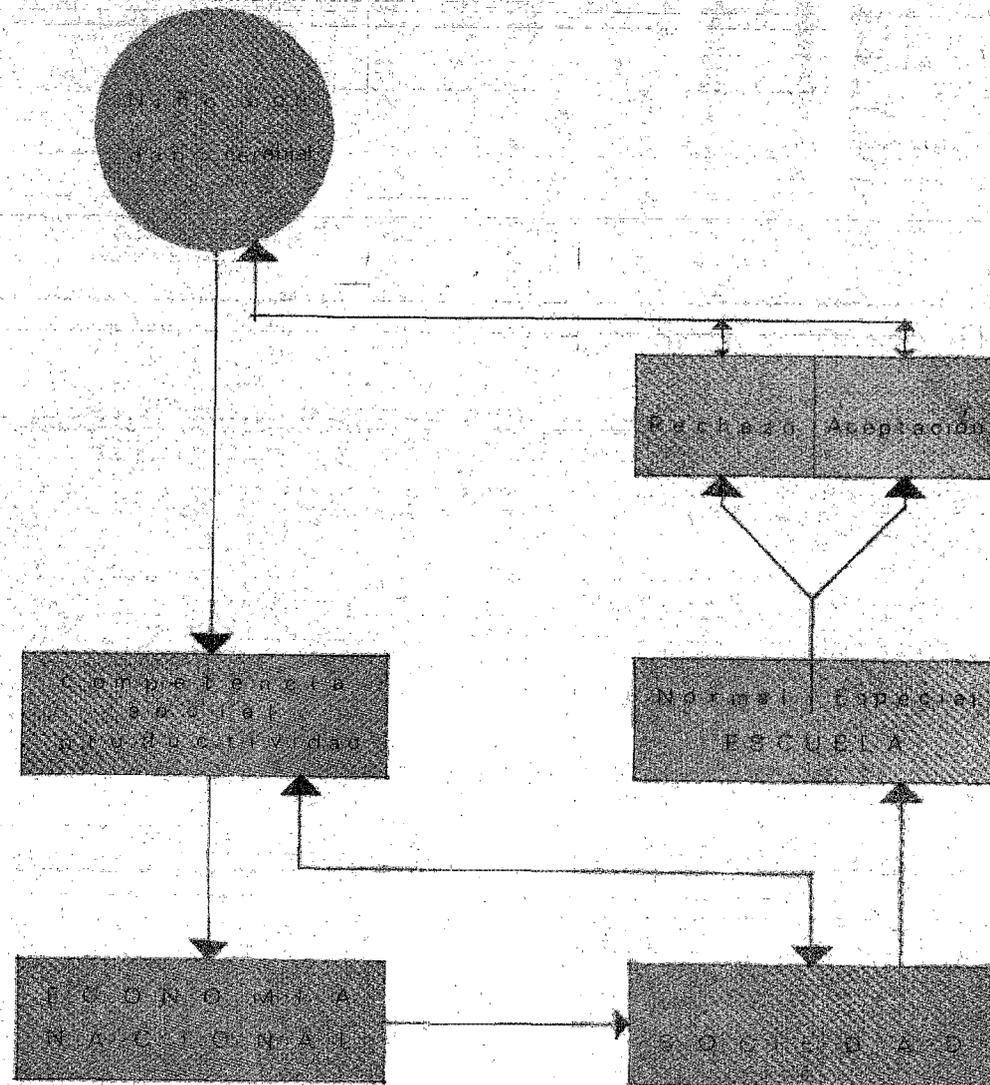


DIAGRAMA X.

El tipo de sociedad en la que se desarrolla el niño con déficit por daño cerebral crea instituciones y escuelas que pretenden integrarlo a la vida productiva, al mismo tiempo que le marginan en la competencia social circunscrita en la comunidad, afectando de esta manera la economía nacional. (Vid. supra pp. 39 - 42).



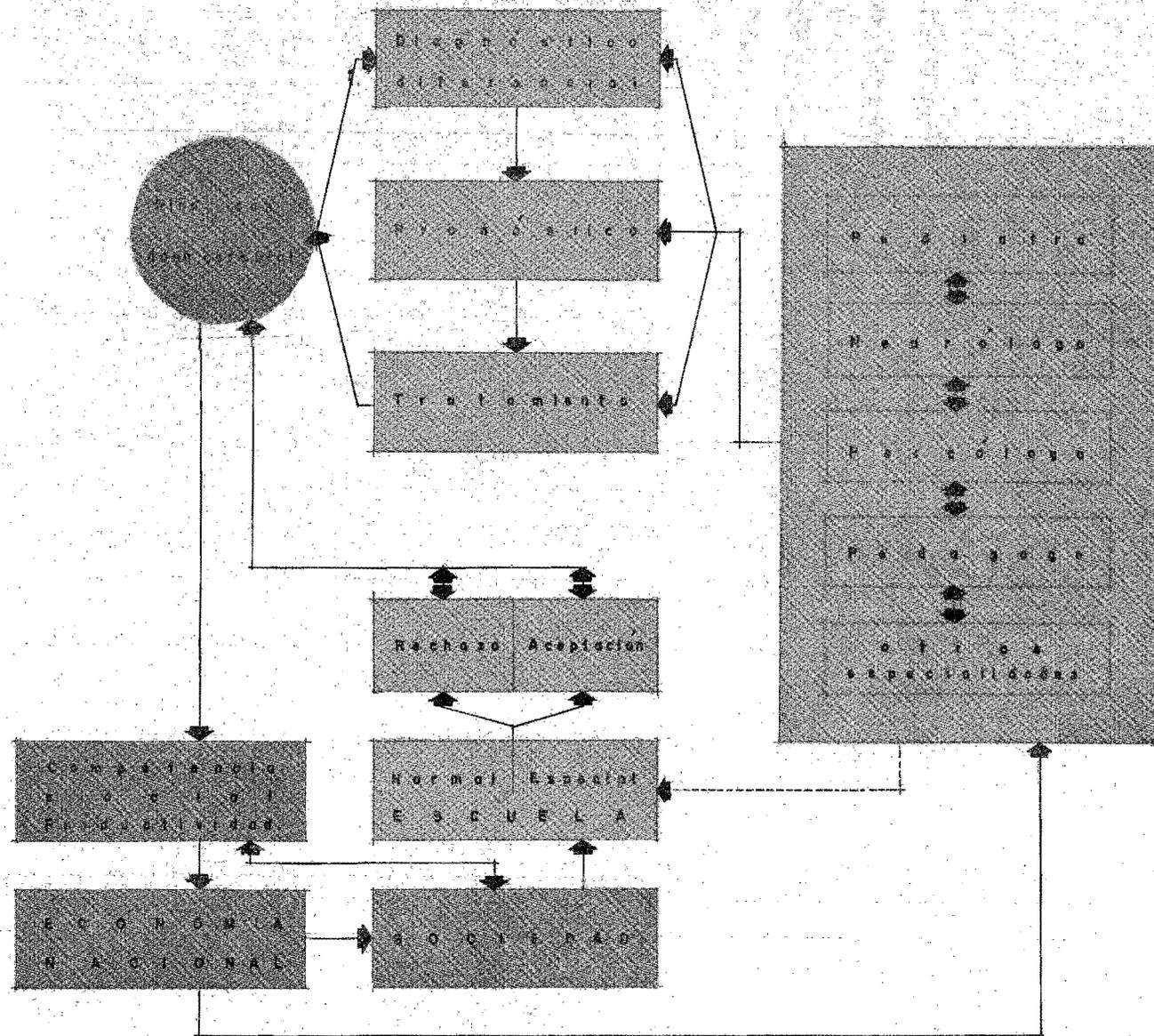


DIAGRAMA XI.

El número de instituciones creadas para dar servicio especializado, así - como el número de profesionistas y la calidad del trabajo de éstos, depende del presupuesto disponible para la atención del problema. Esto tiene como resultado que el no cumplimiento de los objetivos de habilitación se revierta en gasto socialmente inútil y despilfarro de capital. (Vid. supra. pp. 43 - 68)

APENDICE II.

ETIOLOGIA DEL DAÑO CEREBRAL.

" De la mejor comprensión de los factores etiológicos depende en considerable medida la mayor eficiencia de la acción preventiva"

O.M.S. Informe # 392 - XV

En los últimos 20 años se ha progresado en la identificación y conocimiento de los factores que dan lugar al *daño cerebral* (alteraciones fisiológicas y/o bioquímicas y/o estructurales del Sistema Nervioso Central). Por ser muy amplia la variedad de dichos factores, y con el fin de facilitar su comunicación, los agruparemos de la siguiente forma:

#### I.- FACTORES QUE ACTUAN ANTES DE LA CONCEPCION:

a) Genético.- La herencia desempeña un papel importante en la "transmisión" de alteraciones neurológicas. Adoptando uno de los principales patrones genéticos clásicos: Autosomías recesivas, dominantes o ligadas al sexo; problemas principalmente originados por errores congénitos del metabolismo como puede suceder en la Diabetes Insípida (La D. I. se transmite por autosomas recesivos en mujeres no afectadas y es confinada a varones que padecerán una serie de desajustes metabólicos, neurológicos y funcionales.)

b) Fármacos.- Deficiencias neurológicas y defectos congénitos guardan gran relación con la acción de sustancias químicas en mujeres embarazadas. -- Ejemplo de ello es la talidomida, fármaco en cuya acción teratológica está, entre otras, la agenesia o mal desarrollo de las extremidades, agenesia de oído externo, disgenesias arteriales, principalmente intestinales, etc.

c) Dieta materna.- Los excesos y deprivaciones durante el embarazo pueden originar alteraciones somáticas y neurológicas en el cigoto o feto; principalmente las vitamínicas. Ejemplo de ello es el exceso de vitamina A que se manifestará con la ausencia de la arteria umbilical. La falta, la deprivación dará lugar a una hidrocefálea, defectos oculares, etc.

d) Irradiaciones.- Las radiaciones ionizantes poseen un gran valor teratogenico, al producir grandes alteraciones inmediatas y agudas secuelas neurológicas, principalmente en estructuras cerebrales.

e) Endócrinos.- Dentro de este factor es importante señalar la Diabetes Miellitus y el Distiroidismo. La incidencia de alteraciones congénitas se eleva en la asociación de mujeres con Diabetes Miellitus y embarazo. Las alteraciones van de la macrosomía con o sin hipo o hiper glucemia severa, hasta hemorragia cerebral masiva. - Los desordenes tiroideos (Graves e hipotiroidismo) se ven grandemente relacionados con microcefálea, mixedema, Dawn, -- etc.

b) Cromosómicos.- Se refiere a las alteraciones en número y estructura cromosómica. Dichas alteraciones se dan por la falta de disyunción, durante una de las dos divisiones meióticas que preceden a la ovogénesis o espermatogénesis, o bien, durante las primeras divisiones del cigoto. Otro caso es por la translocación cromosómica, es decir, existe una ruptura de dos cromosomas con el subsiguiente cambio recíproco y unión de los fragmentos.

Las causas ambientales de mutaciones y anomalías cromosómicas se han venido estudiando en diversos factores que se localizan en el medio y que reciben el nombre de mutágenos. El efecto primario de los mutágenos es acelerar el ritmo de la mutación cromosómica. ---- Ejemplos de mutágenos son Radiaciones ionizantes, oscilaciones rápidas de temperatura, sustancias alquilantes o esterificantes, salud adversa.

## II.- FACTORES PRENATALES.

a) Infecciones Uterinas.- En general, el feto en desarrollo está bien protegido frente a agentes infecciosos. No obstante podemos encontrar procesos de esta índole como sífilis, rubeola, etc., que son fáciles de transmitir a través de la placenta, existe gran probabilidad de muerte del feto o de una infección ingénita, que origina numerosos trastornos neurológicos.

f) Hipoxias Uterinas.- La hipoxia y/o anoxia producida generalmente por el descenso de la presión de oxígeno (originada por hemorragias uterinas, insuficiencia placentaria, anemias, administración de fármacos, - CO<sub>2</sub>, etc.), es un factor directo y determinante en el origen de lesiones y secuelas neurológicas en el feto.

### III.- PERINATAL - "TRAUMA OBSTETRICO"

Se refiere a los efectos mecánicos durante el parto y las primeras horas de vida extrauterina, de las cuales podemos mencionar laceraciones, compresiones y hemorragias, anoxias, asfixia, edema, disturbios vasculares, apnea y/o hipoxia, etc. Todos ellos producidos por una amplia gama de alteraciones durante el parto, presentándose como factores que determinan alteraciones neurológicas. La patogénesis del "trauma del parto" incluye desproporción -- feto-pélvica, parto prolongado, parto precipitado, compresión del cordón umbilical, instrumentación, etc.

### IV.- FACTORES POST-NATALES.

a) Infecciones. Dentro de este -- grupo la meningitis como infección del Sistema Nervioso Central es la causa más común de alteraciones neurológicas adquiridas. Los agentes infecciosos más comunes son: Hemofili-- lus influenza, Meningococcus, Streptococcus, Stafilococcus, -- etc.

b) Kernicterus y sus Secuelas.-

La grave ictericia del recién nacido puede dañar áreas muy dispersas en la masa encefálica (ganglios basales, cerebelo, bulbo, mesencéfalo, etc.). Sus secuelas más comunes son: Parálisis atetoide (atrofia y gliosis del globus pálido, núcleos subtalámicos, hipocampo, núcleos caudados, putamen). La causa inmediata de la ictericia es por una hemólisis grave como la incompatibilidad RH, ABO, otros factores de grupo; o bien, uso de antibióticos y/o drogas, inmadurez funcional del hígado (prematuros), hipotiroidismo congénito, - deficiencia enzimática congénita, en casos raros de esferocitosis congénita, etc.

V.- DESORDENES METABOLICOS Y ENDOCRINOS ADQUIRIDOS.

Además de los desórdenes metabólicos y endocrinos congénitos se debe mencionar como partes importantes en la determinación de deficiencias neurológicas, los desórdenes metabólicos y endocrinos adquiridos; se mencionan algunos: hipoglucemias, deshidratación con su desbalance electrolítico, acidosis, alcalosis, etc.

VI.- FACTORES NUTRICIONALES.

La inanición es sólo uno de los muchos factores que pueden impedir el total desarrollo del individuo debido a las anomalías bioquímicas que ésta produce. La mal nutrición es un factor frecuente y está altamente asociado con los retardos de madurez y/o deficiencias neurológicas.

BIBLIOGRAFIA

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

- AUSUBEL, D., *Psicología Educativa - Un Punto de Vista Cognoscitivo*, (Trad. R. Helier), Ed. Trillas, México, 1976, 770 pp.
- AZCOAGA, Derman, Frutos. *Alteraciones del Lenguaje del Niño*, Ed. Biblioteca, Rosario, 1971, 286 pp.
- BENTON, L. A., *Introducción a la Neuropsicología*, Ed. Trillas, - México, 1971, 227 pp.
- CARSTAIRS, G.M., "¿Qué es la Salud Mental ?" en *Salud Mental*, O.M.S., Ginebra, Mayo 1973, 36 pp.
- CROME, L. y Stern, J., *Patología del Retraso Mental*, (Trad. L. - Martínez), Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1972, 454 pp.
- CRUICKSHANK, W. M., *El Niño con Daño Cerebral*, Ed. Trillas, --- México, 1971, 326 pp.
- CRUICKSHANK, W. M. y Paul, J. L. (copm.), *Psicología de los Niños y Jovenes Marginados*, Ed. Prentice-Hall Internacional, España, 1973, 672 pp.
- ERICKSON, M. J. *Cómo es el Niño Retardado y Cómo Enseñarle*, Ed. -- Paidós, Buenos Aires, 1973, 143 pp.
- FONSECA, J. J., *Los Psicólogos en el Tercer Mundo*, Centro de Investigaciones Psicológicas, Universidad Autónoma de Puebla, México, 1976.
- GARCIA Etchegoyhen de Lorenzo, E. *Algunos Problemas a tener en cuenta para el Diagnóstico del Niño con Disfunción Cerebral Mínima.*, Publicaciones Sobre Retardo Mental, No. 23, Instituto Interamericano del --- Niño, O. E. A., Montevideo, Uruguay, 1973.

- LURIA, A. R., *Las Funciones Corticales Superiores del Hombre*, Ed. Orbe, La Habana, 1977.
- MAYAGOITIA, O. "La Escolaridad en la Rehabilitación de Inválidos" (Ponencia), en *Memorias de la Reunión Nacional Sobre Problemas de la Salud, Alimentación y Seguridad Social*, Pachuca, Hgo., México, mayo 1970, 14 pp.
- MAYAGOITIA, O. *Los Grupos Integrados*, Dirección General de Educación Especial, S.E.P., México, s.f., 55 pp.
- NELSON, Vaughan, McKay, *Tratado de Pediatría*, Salvat Editores, Barcelona, 1973, sexta edición, reimpresión, Tomo I, 764 pp.
- O. M. S., *XV Informe del Comité de Expertos en Salud Mental*, Serie de Informes Técnicos No. 352, O.M.S., Ginebra, 1968.
- PHILLIPS, N. *El Empleo del Retrasado Mental*, Publicaciones sobre Retardo Mental, No. 28, Instituto Interamericano del Niño, O.E.A., Montevideo, Uruguay, - 1973.
- PHILLIPS, N. *Empleo Protegido*, Publicaciones sobre Retardo Mental, No. 29, Instituto Interamericano del Niño, O.E.A. Montevideo, Uruguay, 1973.
- REESE, H. W. Y LIPSITT, L. P., *Psicología Experimental*, Ed. --- Trillas, México, 1975.
- RIBES I., Emilio, *Técnicas de Modificación de Conducta - Su Aplicación en el Desarrollo*, Ed. Trillas, México, 1976, 247 pp.
- SEP, Dirección General de Educación Especial, S.E.P., México, No. 1, noviembre, 1971.
- S. E. P. *Programa Oficial de Educación Especial - Área Deficientes Mentales -*, D.G.E.E., S.E.P., México, 1976.
- STRAUSS, Lehtinen et al., *Psicopatología y Educación del Niño con Lesión Cerebral*, Biblioteca del Universitario, - EUDEBA, Buenos Aires, 1973, 311 pp.

VELASCO, R. *El Niño Hiperquinético - Los Síndrome de Disfunción Cerebral*, Ed. Trillas, México, 1976, 115 pp.

YATES, I. A. *Terapia del Comportamiento*, Ed. Trillas, México, - 1976, 499 pp.

INDICE.

## I N D I C E

CONTENIDO	PAG.
PROLOGO	5
INTRODUCCION TEORICA	8
CONCEPTO DE NINO CON DANO CEREBRAL	11
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	20
DINAMICA DE LAS VARIABLES	27
ASPECTO SOCIAL	38
INSTITUCIONES DE HABILITACION PSICOPEDAGOGICA	43
CONCLUSIONES	69
APENDICE I EXPLICACION DETALLADA DEL DIAGRAMA	74
APENDICE II ETIOLOGIA DEL DANO CEREBRAL	81
BIBLIOGRAFIA	88
I N D I C E	92