

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGIA.

"ALGUNOS ASPECTOS DE DETECCION DE DISFUNCION CEREBRAL
MINIMA EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR"

TESIS que para obtener
el Título de LICENCIADO EN-
PSICOLOGIA presenta:

EDUARDO TLATEMPA AQUINO.

México, D. F., 1978.



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.

C O N T E N I D O :

1. INTRODUCCION.
2. ANTECEDENTES DEL TEMA.
3. MARCO TEORICO.
 - 3.1. Gestación.
 - 3.2. Nacimiento.
 - 3.3. Los Primeros Años de Vida.
 - 3.4. El Niño y la Escuela.
4. METODOLOGIA.
 - 4.1. La Muestra y sus Características.
 - 4.2. Descripción de los Instrumentos Usados.
 - 4.2.1. Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender. ✓
 - 4.2.2. Test de las Matrices Progresivas de Raven. ✓
 - 4.2.3. La Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler. ✓
 - 4.2.4. La Prueba del Dibujo del Hombre de F. Goodenough. ✓
 - 4.2.5. El Test "Casa, Arbol, Persona" (H. T. P.) de Buck.
 - 4.2.6. El Test del Dibujo de "La Familia" de F. Morino Abbe--
le.
 - 4.2.7. El Método de Evaluación de la Percepción de M. Fro--
tig.
5. RESULTADOS OBTENIDOS.
6. ENSAYO SOBRE UN PLAN DE TRABAJO PARA EL TRATAMIENTO DEL NI
ÑO CON DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.
 - 6.1. Tratamiento Psiquiátrico.
 - 6.2. Electroencefalografía.
 - 6.3. Psicoterapia.
 - 6.4. Educación Especial.
7. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.
8. REFERENCIAS.

1) A LA MEMORIA INMARCESIBLE DE -
MI PADRE: que ha sido guía y -
ejemplo.

2) A MI MADRE.

3) A GLORIA:
Mi esposa y amiga.

4) A MIS HIJOS Y HERMANOS.

5) A LOS MAESTROS, COMPAÑEROS Y -
AMIGOS: que de una u otra for-
ma han colaborado para la me--
jor presentación y contenido -
de este trabajo.

1. INTRODUCCION.

Importante y trascendental, por la seriedad que ha tomado en nuestros días, es el problema del niño con disfunción cerebral mínima, pues será él, quien con mayor severidad, presentará trastornos en el aprendizaje, dadas las características del mismo, que van desde la hiperquinesia hasta la pasividad.

Sabiendo de antemano la dificultad que tal problema ofrece, he escogido el presente tema, para tratar de sentar bases sobre la detección (diagnóstico) y tratamiento del niño con dificultades escolares derivadas del mismo problema, lo que se hace actualmente en las instituciones que cuentan con el Servicio de Salud Mental, así como proponer el establecimiento de escuelas especializadas para la educación de esta clase de niños.

Lo anterior nos lleva a asegurar que una buena y completa información en todos los niveles y por todos los medios comunicativos, servirá para prevenir muchos males que nuestra sociedad actual padece más por incultura o por falta de conocimientos que por patología.

De tal manera, pienso, puede trabajarse sobre bases firmes, buscando resultados positivos, mediante un enfoque y tratamientos pluridimensionales, combinación de esfuerzos que ayudará a los miles de niños con trastornos físico-emocionales derivados de la falta de comprensión.

Aunque hay varios "sin embargo", como lo es el pesimismo de muchos trabajadores de la Salud Mental, quienes con la frase "nada que ofrecer", condenan de por vida a los niños que tienen ciertos impedimentos que limitan su aprendizaje, sabiendo, que ni aún los idiotas, pueden ser designados como impedidos, pues siempre habrá "algo que hacer" por ellos. Otros es el hecho de que existan pocas instituciones realmente especializadas y pocos especialistas que manejen dichos problemas.

El problema tratado a continuación, puede ser intrascendente para algunas personas, pues aunque mucho se ha escrito sobre él, lo cierto es que no hay unidad de criterios ni aún para designarle un nombre y los resultados obtenidos en cuanto a tratamiento, rara vez han podido cotejarse.

Pero independientemente de lo anterior, sabemos que el problema existe y persiste debido a la falta de orientación en la escuela y en el hogar, en donde se imponen castigos corporales al por mayor a los niños con trastornos de conducta, o de bajo rendimiento escolar, quienes están muy lejos de comprender estas actitudes paterno-escolares.

El presente trabajo, no pretende convertirse en guía para el diagnóstico y tratamiento del niño con disfunción cerebral mínima, tampoco será guía didáctica para los educadores, solo desea sensibilizar a los agentes educativos con el fin de detectar el trastorno lo más tempranamente posible, labor profiláctica de la Higiene Mental Moderna, tolerar y comprender al niño con este tipo de problema, ajustar y modificar el ambiente en el cual se desarrolla, y sobre todo, armonizar -- los diferentes agentes con el fin de evitar la angustia al pequeño paciente que no puede seguir un derrotero preciso, dado que tiene que atender tantas voces como personas están encargadas de su educación y culturización.

Todo es difícil, pero no imposible de lograr, ya que en los hogares con niños hiperactivos, hay exceso de ansiedad y tensión que corregir, "niños problema" que hay que proteger -- de los castigos físicos y actos punitivos de los adultos, de las limitaciones de la libertad, de las privaciones materiales, que de continuarse lo llevarán a la formación de un falso concepto de su realidad y de sí mismo, así como al incremento de su problema.

Haciendo un análisis retrospectivo, y dando una revisión

al desarrollo histórico de la Psicología y de la Psiquiatría, observamos que el presente problema ha existido siempre, solo que es ahora cuando se le está prestando atención por parte de los especialistas.

Debemos saber que el niño con trastornos de conducta, es agresivo por necesidad, no obstante su normal y/o alto coeficiente intelectual, que llega muchas veces a convertirse en infractor de las normas sociales y morales y que la respuesta negativa de su medio puede reforzar su impulsividad, lo que creará a su vez sentimientos de culpa, de inferioridad, de incompetencia, y sobre todo hará surgir estados depresivos y angustiosos ante la impotencia de poder controlar su medio o de realizar actos buenos. Esto provocará una fuente incesante de ansiedad y malestar que se traducirá en inseguridad que obligará al aparato intrapsíquico a utilizar mecanismos de defensa que pueden hacer aún más severo el trastorno.

Hace ya mucho tiempo que tenemos en nuestras aulas "niños problema". La crueldad ha inventado métodos para castigarlos y a la queja del profesor responde la lesión moral y física de los progenitores y de no haber una intervención oportuna mediante orientaciones, puede provocarse un rompimiento violento con los arquetipos o con la realidad, quedándole al niño dos caminos que seguir: el autismo o la malvivencia, productos ambos de la falta de comprensión, de tolerancia y/o de la deprivación emocional.

Se ha procurado seguir un orden lógico, seleccionando la bibliografía adecuada, basada en la mayoría de los casos en tratados sobre Psicología, Psiquiatría y Pediatría, así como en otros libros especializados en el tema, pero además comprende los resultados obtenidos, después del análisis y estudio de una muestra, de niños con trastornos de conducta, de los cuales un alto porcentaje resultó con disfunción cerebral mínima.

Dentro del marco teórico se comprenden aspectos tan importantes como la familia, ya que es dentro de ella, donde se desarrolla la patología que hoy nos ocupa; aspectos del desarrollo, etapas en las cuales se supone se produce la lesión, además de los conceptos básicos para hacer más accesible el tema.

Finalmente, después de la descripción de la población estudiada como de los instrumentos usados se presentan los resultados y el ideal perseguido "tratar al niño con disfunción cerebral mínima pluridimensionalmente", ya buscado por autores modernos y contemporáneos.

2. ANTECEDENTES .

Bastante se ha escrito, acerca del niño con disfunción cerebral mínima, siendo una de las obras más serias "Psicopatología y Educación del Niño con Lesión Cerebral de Strauss y Colaboradores", en ella encontramos un breve bosquejo sobre la historia relacionada con el tema: "En general, los historiadores se han mostrado acordes en considerar a Itard, como el primero en comprender en forma seria, la educación de los individuos mentalmente limitados, "El Niño Salvaje de Aveyron" (1799). Sus esfuerzos iniciales inspiraron a Séguin, quien no solo amplió la extensión de este nuevo campo, sino que también desarrolló una nueva teoría neurofisiológica, para explicar los defectos en la oligofrenia y dirigir los esfuerzos destinados a la rehabilitación, "Tratamiento Moral, Higiene y Educación de los Idiotas" (1840). Al mismo tiempo Guggenbuehl agregó sus experiencias con cretinos para obtener una visión más completa en el enfoque científico de la idiotez".

En Norteamérica, "fue hasta 1846, cuando el interés público se movilizó con relación al problema especial de estos niños" (Cruzada de Dorotea Dix), cuando Samuel Gridley Howe dirige un grupo y establece un instituto para niños oligofrénicos, con ayuda de Séguin.

Estos movimientos más bien pedagógicos, se enfrentaron a serias dificultades metodológicas y no fué sino a principios del siglo XX, cuando fueron colocados en clases especiales después de ser clasificados por los tests de inteligencia creados por Binet y Simon, los pequeños pacientes con deficiencias intelectuales.

Importantes en este aspecto han sido los trabajos de Broca, quien en 1861 aportó la prueba definitiva de que una lesión en la tercera circunvolución frontal destruía la fase expresiva o motora del lenguaje; los trabajos de Head y Goldstein, quienes después de realizar una serie de investigaciones con soldados que recibieron heridas en la cabeza, después

de recuperados de la intervención quirúrgica, perdieron muchos de los conocimientos y habilidades que poseían, habían sufrido trastornos de conducta y la recuperación de sus facultades era dificultosa (demencia traumática). Estos hallazgos fueron trasladados al campo de la niñez con el nombre de "demencia traumática precoz".

De manera alguna deben olvidarse los trabajos realizados por la distinguida psiquiatra norteamericana Lauretta Bender (1932-1933), período durante el cual elaboró su Test Gestáltico Visomotor, aplicado en Clínica para valorar el desarrollo de la inteligencia infantil y los diversos síndromes sobre deficiencia mental, afasias y desórdenes cerebrales orgánicos tanto en niños como en adultos. Test que ha servido de base para elaborar el presente trabajo.

Por lo anterior nos damos cuenta la imbricación que las diferentes materias tienen, para culminar todas en un fin común que es la Salud Mental, me refiero a la Psicología Clínica, la Psiquiatría, la Psicometría y la llamada Higiene Mental, cuya meta es buscar el mejoramiento mental y emocional del ser humano, pero sobre todo del niño por lo cual se coligan con la Pediatría, viendo que el desarrollo de todas ellas comprende el problema que aquí se trata.

Leo Kanner en su "Psiquiatría Infantil", presenta gráficamente el desarrollo de los problemas de la niñez en el presente siglo de la forma **presentada** en la página siguiente.

Gráfica de Leo Kanner:

Primer Decenio:

Preocupación teórica por los niños.
La Civilización.

Segundo Decenio:

Actividad práctica acerca de los niños.
La Comunidad.

Tercer Decenio:

Actividad práctica para los niños.
La Familia y la Escuela.

Cuarto Decenio:

Actividad en unión de los niños.
Los Niños.



Dentro de los estudios realizados ultimamente me han impresionado los de Telma Reca, quien dá un enfoque psicopatológico y psicoterapéutico con una característica genético-dinámico-profundo, diferenciándose del Psicoanálisis porque no -- tiene como eje la evolución psicosexual o los acontecimientos de los primeros años de vida en forma exclusiva, identificándose lo genético de su teoría por lo "evolutivo total", de lo que es parte solamente lo psicosexual. Lo dinámico se sitúa - en las tres esferas vitales: la externa, la endopsíquica y la de la interrelación mundo-niño. Lo profundo supone la existencia de componentes del psiquismo, no directamente accesibles - al conocimiento del propio individuo ni del observador".

Refiriéndome a estudios realizados por psicólogos egresados de la Facultad de Psicología de la U. N. A. M., y que fueron presentados como tesis profesionales figuran:

"Estudio Piloto sobre posibles cambios en el desarrollo-intelectual, a través del Análisis Conductual, en Pre-escolares, con daño cerebral", de Ma. del Pilar Aullet Flores y Ju-

lieta Larrea y Bravo, que es una revisión bibliográfica y un estudio piloto con cuatro sujetos (dos normales y dos anormales), con disfunción cerebral detectada electroencefalográficamente, en el Laboratorio de Psicología y Psicopatología de la S. E. P. En ella se encuentran algunas de las características del niño con daño cerebral mínimo. (1974).

"La Prueba del Laberinto Perceptual", por Laura García - Caballero. Prueba usada por Elethorn en 1955 en pacientes con daño cerebral (defectos frontales), aquí se demostró que los patrones más fáciles eran realizados relativamente bien, y -- los patrones difíciles, menos bien. La conclusión fué: que -- los sujetos dañados cerebralmente reflejan diferencias en la estrategia empleada. Se dice que otros autores han confirmado la efectividad de esta prueba. (1975).

"La Influencia en la Familia de un Niño con Daño Cerebral Mínimo", de Weiss Bakos Naomí. La conducta de un niño -- con daño cerebral mínimo generada o agravada por el ambiente familiar. (1975).

"El Coeficiente Intelectual en Niños con Problemas de Aprendizaje Escolar y Daño Orgánico Cerebral", por María Javier González. En éste se enumeran las características y denominaciones que se dan al niño con disfunción cerebral mínima.

"Análisis Cuantitativo y Cualitativo del Bender Gestalt de Elizabeth Koppitz en Niños Diagnosticados con Daño Cerebral y Disfunción Cerebral Mínima", trabajo realizado por Ma. Eugenia Padilla Farías, (1975), en el Hospital Psiquiátrico - Infantil, con una muestra de 154 casos entre 5 y 8 años, en el que se dice que el objeto principal es: "1) Realizar un análisis cualitativo y cuantitativo de calificación con niños que presentan daño cerebral y aquellos con disfunción cerebral mínima de acuerdo con el Test Bender Gestalt de E. Koppitz. 2) Conocer si el puntaje global del registro de Bender es considerablemente superior al de niños normales de igual -

edad, estudiados por E. Koppitz. 3) Detectar la incidencia de indicadores de daño cerebral en las diferentes figuras de Bender, con el objeto de corroborar los resultados de E. Koppitz. 4) Conocer la incidencia de determinadas características en el registro de Bender de niños con diagnóstico de disfunción cerebral mínima, mencionadas por E. Koppitz como indicadores de daño cerebral".

Las conclusiones, desde luego son positivas y estuvieron de acuerdo con los objetivos propuestos.

Afortunadamente, las Técnicas Psicoterapéuticas han evolucionado aceleradamente en nuestros días y es a ellas a las que corresponde la mayor responsabilidad de adaptar positivamente al niño a su medio ambiente, escolar y familiar.

Finalmente, dentro de los antecedentes no puedo dejar de mencionar el hecho de que se vayan mejorando los métodos y -- las técnicas pedagógicas para facilitar el aprendizaje de los niños con disfunción cerebral mínima, y que históricamente me haría mencionar los orígenes de las mismas y su desarrollo -- hasta llegar a nuestros días.

3. MARCO TEORICO .

En el trato de niños con trastornos de conducta, deben - manejarse una serie de conceptos que es pertinente aclarar antes de abordar plenamente el tema.

"El concepto de daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima y causas que lo producen es muy amplio, y sabemos que el síndrome que nos ocupa ha motivado diferentes opiniones, lo que deja de tener importancia, pues como dice Birch, - lo que interesa no es un nombre para el síndrome, sino que -- hay un elevado número de niños que lo padecen, y que existe. - Werner y Strauss clasifican a los niños en dos grandes grupos de acuerdo con su etiología: endógenos y exógenos, no así --- Birch, Pasamanick y Knobloch, piden que se establezca una escala en la cual el daño cerebral mínimo, debe tomarse en cuenta una vez que pueda existir un daño pequeño, difuso, no focalizado, que si bien neurológicamente no puede ser demostrado, ya que no existen alteraciones en ese orden, es factible que sea el responsable, de cambios o manifestaciones y alteraciones de conducta, la atención, la percepción y el aprendizaje, para mencionar solo una parte, que provocan dificultades tanto en el paciente mismo, como en los ambientes en que éste se mueve".

Esta disfunción o daño cerebral mínimo, puede según Denhoff y Robinault, manifestarse más claramente en ciertas áreas de trabajo del cerebro de lo cual depende la misma.

Véase el cuadro de la siguiente página.

<u>AREA CEREBRAL AFECTADA:</u>	<u>DISFUNCION:</u>
1. Nivel Neuromuscular.	Parálisis cerebral y sus variedades clínicas.
2. Esfera Intelectual.	Oligofrenia en sus diferentes formas.
3. Esfera de la Conciencia.	Desórdenes convulsivos, -comiciales o nó.
4. Plano Neurosensorial.	Desórdenes sensoriales.
5. Dificultades para organizar los perceptos.	Desórdenes perceptuales.
6. Esfera de la Conducta.	Desórdenes de la conducta.

Conviene hacer notar, que ninguno de los cuadros anteriores, se presenta puro, pues siempre habrá un parentesco clínico con los otros.

Noyes y Kolb en "Psiquiatría Clínica Moderna", dicen que "El daño cerebral (lesión cerebral y mal funcionamiento del cerebro), se debe a desgarramientos meníngeos y ruptura de los vasos sanguíneos y de la sustancia cerebral, a menudo con hemorragia intracerebral, lo que produce posteriormente reblandecimiento del cerebro y formación de quistes. La haz del cerebro o del tentorio pueden desgarrarse, de donde resulta una hemorragia subdural o subaracnoidea. Al paso del tiempo estos signos (parapartum), se convierten, debido al proceso de reparación, en cambios tisulares inespecíficos como gliosis, -cavitación y áreas de mielinización defectuosa, lo que puede ocurrir durante el embarazo, el alumbramiento o los primeros años de vida.

Este daño cerebral puede ir asociado a debilidad mental profunda, en cuyo caso se notarán sensiblemente trastornos en el desarrollo y crecimiento, así como otras características físicas: palidez, dificultad respiratoria, dificultad en los movimientos, debilidad general, nistagmus y hemorragia retiniana (en neonatos).

De todas formas, con debilidad media o superficial, este niño puede ser hiperactivo o hipoactivo, mostrar fluctuaciones en el tono muscular, alteraciones motoras o posturales y al crecer, puede ser incapaz de adquirir habilidades motoras complejas o presentar alteraciones de los procesos perceptuales, dislexia, trastornos del lenguaje en general, desviación de la conducta social, agresividad (autoagresividad, impulsividad y crueldad mental), compulsividad, confabulación, mitomanía, distractibilidad, enuresis, errores sexuales (masturbación, transvestismo, escoptofilia, sadismo, masoquismo, etc.) succión del pulgar, onicofagia, tricotilomanía, tendencia al hurto, desobediencia, vagabundez, fallas en la memoria, dificultades en el aprendizaje, anorexia, trastornos del sueño, berrinches y baja tolerancia a la frustración.

Unidas a las características anteriores van también labilidad emocional, que lo hace reaccionar en forma de llanto -- ante cualquier frustración, e ir fácilmente de la risa al llanto o la cólera, dificultad para postergar gratificaciones, angustia que impide sus relaciones en forma normal, bajo rendimiento escolar, por la dificultad que tiene para integrar una estructura, los trastornos sensoperceptivos y la falta de concentración en el trabajo.

En muchos casos, los trastornos de conducta no van asociados a debilidad mental, haciéndose por ésto, necesario el control del niño hiperquinético, tanto en la escuela como en el hogar, que le pueda permitir adaptarse fácilmente a su medio social, y el desarrollo normal de sus facultades.

Hay que determinar, entonces, el grado de retraso intelectual, para lo cual hay que tomar en cuenta, aparte de los aspectos genéticos, la configuración craneana (microcefalia, hidrocefalia, oxicefalia, cráneo esférico, mongolismo y asimetría), malformaciones como asimetría facial, oído externo, ojos, nariz, dientes, mandíbulas, etc., así como los resultados de baterías de pruebas psicológicas, reflejos (moro, pren

sión, rotuliano, patelar, etc.), falta de respuesta a los estímulos dolorosos y la capacidad mínima para reaccionar y funcionar en áreas motoras y sensoriales.

El cuadro siguiente resume el grado de debilidad mental. E. M. (edad mental), C. I. (coeficiente intelectual), capacidad y las necesidades en cada caso.

DEBILIDAD MENTAL.	E. M.	C. I.	CAPACIDAD	NECESIDAD
Limítrofes	12	80-90	Secundaria	
Superficial	12	80	5/o-6/o	
Media	9-10	60-70	4/o	Orientación
	8	50	3/o	Orientación
	7	45	2/o	Control
	6	30	Kinder	Cuidados parciales.
Profunda	2-4	menos de 30	No se valen por sí mismos.	Cuidados generales.

Asociado a la hiperactividad, van una serie de síntomas que pueden ser fácilmente observados y que servirán para orientar el diagnóstico, como son: la inquietud o exagerada motilidad, causa por la cual el niño es incapaz de permanecer en un solo lugar por mucho tiempo y que limita su atención e impide la concentración en el trabajo y la captación de órdenes verbales, sobre todo si éstas no se dan directamente. Esto como es de suponerse acarrea castigos injustos, devaluación en el niño quien es considerado y se considera "malo" y quien además es y se siente rechazado, carente de afecto y de apoyo. Lo demás piensan que todo lo que hace, siente y piensa, es con el afán de molestar, ignorando el esfuerzo que él hace para coordinar correctamente las reacciones entre estímulos y respuestas, a pesar de la obstrucción entre receptores y transmisores.

Es posible, sin embargo, que ni siquiera un niño "sano"-

y "normal", cometa faltas por capricho o maldad.

El niño hiperquinético, va creando defensas, se torna agresivo y pendenciero, o por lo contrario, poco a poco se va aislando y se convierte en hipoquinético, introvertido, intrapunitivo o autista, formando su mundo aparte producto de la fantasía por no poder compartir su realidad con los demás o para evitar el castigo.

La dificultad para atender órdenes dependerá en muchas ocasiones de los trastornos del lenguaje (sean semánticos o estructurales), que le impedirán a si mismo adquirir la lecto--escritura.

Resulta contradictorio, por otro lado, que un niño con disfunción cerebral mínima, con un coeficiente intelectual --normal y a veces superior, tenga deficiencias en el aprendizaje, pero ya se dijo anteriormente que son las características inherentes a su mal, las que impiden lograr su equilibrio ---biopsíquico.

Como se está viendo, no se desdeña el ambiente social, y siendo la familia la base de esa sociedad, y en la cual se desenvuelve el niño, haré un análisis somero de la misma.

Es la familia, el cimiento en que descansa la responsabilidad de la administración de la educación efectiva, moral y emocional del niño, por lo cual es importante antes que nada ubicar al menor dentro del marco familiar, la que será la primera en recibir la información acerca de la patología del niño, así como la orientación oportuna en cursos programados en "escuelas para padres", previamente establecidas.

Es indudable que una preparación prenupcial, que exija las condiciones esenciales de todo matrimonio, es necesarísima en nuestro tiempo, pero desgraciadamente, estando tan lejos de ello, debemos conformarnos con pláticas de cuarenta y cinco minutos, de las cuales se ignoran los resultados, ya -- que los matrimonios seguirán, sin lugar a dudas sus propios --

lineamientos, cuando nó los que la tradición y las costumbres les señalen. Así, la indiferencia, la negligencia y los cómicos conceptos conyugales seguirán su predominancia y nosotros continuaremos "en las mismas", tratando de lograr familias -- bien integradas aún cuando sus miembros estén emocionalmente dispersos.

Muchos mitos, hundén a la familia mexicana en la medio-- cridad, sin contar con lo que idiosincrásicamente nos corres-- ponde y que no se ha podido superar, como el supuesto de que no hay matrimonios sin problemas, sin pleitos y que la vida -- es para sobrellevarse, que dan rumbo determinante y decisivo a la vida conyugal e impide que los esposos cuenten con una -- asesoría en un Consultorio de Salud Mental. La idea de "vivir por vivir", que representa la dificultad que todos tenemos pa-- ra llevar a feliz término un plan determinado, porque quere-- mos no sacrificar algo para evitarnos problemas mayores.

Es importante llamar la atención de los padres o contra-- yentes, para que busquen mejores posibilidades de vida, encau-- zarlos hacia la culturización y concientización de los proble-- mas actuales, prepararlos para el cambio, que la tecnifica--- ción y las circunstancias planteen, con el fin de que la edu-- cación de sus hijos, no les resulte un crucigrama.

Resultaría beneficioso preparar a las personas para ser-- padres, tomando ésto como una vocación, ya que a mejores pro-- genitores corresponderá una mejor prole. Desarrollar labor en pro de la Paidología y de la Psicología Infantil. Que el ma-- trimonio conozca el contenido del Derecho Civil y todos los -- demás factores que lo reafirman o lo destruyen como lo econó-- mico, lo sociológico, lo religioso-moral, lo político y lo es-- tético, lo cultural y lo sexual. Dar o impartir orientaciones prenupciales, prenatales, de Planificación Familiar y en tor-- no a la educación de los niños, para que comprendan los cam-- bios somatopsíquicos que sufren los niños, y todo el ser huma

no a través de las distintas etapas de su existencia, enseñar los a comprender, tolerar, amar y respetar.

Sabemos ya, que la familia mexicana, descansa sobre primitivas bases emocionales, de modo que, gran parte de su estabilidad depende de las relaciones físico-sexuales, lo que influye en forma negativa para su mala integración y que origina separaciones y divorcios. Esta falta de comprensión basada en una relación pseudoamorosa, en el machismo tradicional y - en principios seculares que no han trascendido, debilita las relaciones familiares, abundando por ello las víctimas inocentes, producto de una total falta de responsabilidad. En ella, el padre define la razón sociopolítico-económica de la misma, pues aún no se derrumban los viejos moldes apoyados en un orden tribal-patriarcal, de interdependencia sado-masoquista y de relación macho-mártir en la que la virginidad es la más cara condición para la unión matrimonial y el establecimiento de una nueva familia. La forma de vida es casi un secreto, y en este hermetismo se vive de apariencias, vidas prestadas en las que a ninguno le importa la forma de vivir del otro. Este motivo, impide sin duda alguna, un verdadero estudio antropológico de la familia mexicana, que defina sus características verdaderas.

Aunque obvia, mencionaremos la clasificación de la familia en cuyo seno encontramos a nuestros pacientes:

1.- La familia pobre, "Los Hijos de Sánchez", con su moralidad delictuosa, la de los hacinamientos y la promiscuidad de la ignorancia y el machismo superdefinido, en donde el medio ambiente juega un papel decisivo y que forma la subcultura de la pobreza, de características perfectamente bien definidas.

2.- La familia de clase media, la gran masa trabajadora, dinámica y productiva, que participa en todas las actividades del país y que comprende la burocracia, obreros calificados,-

profesionales, subprofesionales, técnicos y trabajadores.

3.- La clase acomodada, la élite, la de la alta, la de alcurnia, la de rancio abolengo, la de las zonas residenciales, socios de los más renombrados clubes, dueña de los grandes consorcios, de la industria y de la banca, que vive a costilla del pueblo, sangrando la desgastada economía nacional.

Distintas formas de vida, diferentes y diversos ideales, pero en su interior puede haber un enfermo, un niño con problemas de conducta que rompa la armonía, producto de un accidente, ya que éste puede suceder en cualquier momento y en cualquier lugar. Distintas las causas por las cuales relegan a un segundo término al niño: unos convertidos en chambistas y otros ocupados en los negocios, unas madres descuidan a sus hijos por sus múltiples quehaceres domésticos y otras por los interminables "juegos de canasta uruguaya".

El niño entendido como un ser biopsicosocial, con características propias, con necesidades peculiares y no solo como un psicósoma, debe ser estudiado primero en su medio familiar ya que de esta primera ubicación se puede partir para una mejor comprensión y conocimiento del mismo, pudiendo asegurar que a familias de rasgos específicos corresponden hijos que se les parecerán, no solo por la influencia de factores genéticos sino también culturales.

La familia unida por lazos emocionales, físicos y culturales, razonada y planificada, que proporciona seguridad a los menores, aportará elementos positivos a la sociedad, en cambio la familia no estructurada o mal integrada, unida al azar, aportará malos elementos, pues los hijos deprivados emocionalmente serán en consecuencia sujetos inadaptados y por ende personas con trastornos en el comportamiento, en su carácter y en su personalidad.

Hay que tomar en consideración que la familia es un nú--

oleo con vínculos muy estrechos, es "un universo con límites propios..." "es para el niño, su comunidad, su ilusión, su acción y su precepto". Pero la familia no es estática, sino que va pasando por distintas etapas, cada una de las cuales requiere un tipo adecuado de adaptación, desde la familia incipiente, hasta la familia en edad de vejez, que culmina con el retiro y la muerte de los cónyuges.

Tomando en consideración lo anterior, debemos comprender que todas las adaptaciones y adecuaciones intrínsecas y extrínsecas deben tener como finalidad la aceptación de "su realidad", evitando así el stress, la angustia y el conflicto -- que podría interferir en el desarrollo de los hijos y más --- tarde o más temprano en la vida de los mismos esposos.

Toda orientación debe tomarse en consideración a la familia como unidad indivisible, preferentemente pugnando por la estructuración, o sea una configuración total, sin roces inútiles, en lugar de la integración, que puede referirse a la unión de la familia, a pesar de todo, a pesar de otros intereses, de las "casas chicas", de otros hijos, del padre desobligado y vicioso; y por la Planificación Familiar, en lugar del control natal que echa mano de todo, inclusive del aborto, para evitar nacimientos.

Los distintos aspectos comprendidos en las multicitadas orientaciones deben tomar en consideración aspectos diversos: de carácter económico (planificación para la distribución de ingresos y egresos), social (la familia como aportadora de -- buenos o malos elementos, como base para la formación moral, -- como ejemplo y como elemento primordial de la sociedad humana), educativo (formación integral del niño), político (acuerdo entre los cónyuges, actitud de mando), cultural (propender hacia la búsqueda de todos los valores, del mejoramiento personal y de la superación general), también aspectos generales como la influencia de las drogas o farmacodependencia, taba--

quismo, alcoholismo; o bien temas tan importantes como la comunicación y las relaciones humanas en la familia, el trabajo y la escuela, o bien el tan importante aspecto de la Educación Sexual en las relaciones íntimas, la satisfacción plena, tan explotada ultimamente, por ser considerados elementos culturales indispensables para superar muchos de los déficits -- que actualmente padecemos.

3. 1. G E S T A C I O N .

Cuando se ha logrado la madurez psicofísicasexual, tanto el hombre como la mujer están preparados para la reproducción y para la formación de un hogar y una nueva familia. Tomando en consideración que ya se les ha orientado para ello, pues -- solo entonces es capaz de lograr el equilibrio orgánico, psíquico y social, cuando puede planear con el firme propósito -- de poner en práctica sus planes y cuando sus gustos, intereses e ideales están definidos. Las necesidades sexuales tantas veces canalizadas o sublimadas requieren de una satisfacción con un objetivo propio y al identificarse con el sujeto -- que pueda satisfacerlas nacen sentimientos, inclinaciones, afecto y deseos recíprocos que terminan invariablemente en el registro civil o en el altar. Ambos sujetos han respondido a una motivación idéntica que se reafirma con la coincidencia -- de propósitos, fines y anhelos.

De las relaciones íntimas, al ser depositados los espermatozoides en el conducto uterino, después que el ovario ha -- expulsado un óvulo maduro, se realiza, generalmente en alguna de las trompas de Falopio, la fecundación. De aquí se forma una célula diploide, huevo o cigoto, que empieza a desarrollarse rápidamente convirtiéndose en mórula, para, después de un-

viaje, de una semana aproximadamente, implantarse en un lugar de las paredes del útero, en donde el endometrio, le proporcionará las sustancias nutricias en tanto se forma la placenta.

Debe considerarse que la vida del ser humano se inicia desde el momento de la fecundación, de tal manera que al realizarse el nacimiento, éste ya tiene entre siete y nueve meses de vida, aún cuando en las distintas etapas de su nacimiento reciba diferentes denominaciones (cigoto, mórula, embrión, feto), éstas solo definen un estado temporal, así como después se le llamará bebé, niño, adolescente, joven, adulto, etc.

Desde el momento en que se diagnostica el embarazo, la madre tendrá ciertas necesidades, un trato suave, especial, un ambiente de seguridad y confianza que será nutriente del nuevo ser que alberga en sus entrañas. Requiere de alimentación especial, de ejercicios y sobre todo de vigilancia médica.

A veces, a pesar de los adelantos científicos, resulta difícil diagnosticar el embarazo, pero en general se puede decir, que toda mujer que ha tenido relaciones sexuales y cuya menstruación cesa, está embarazada (salvo raras ocasiones, en que se presentan trastornos menstruales como amenorreas o dismenorreas). Sin embargo, para evitar un equívoco, conviene ordenar pruebas de laboratorio.

Muchos consideran, que la sintomatología que presenta la mujer embarazada es: ascos, mareos, vómitos y anorexia, los cuales son manifestaciones de un estado adaptativo o signos de rechazo inconsciente al embarazo, tal vez temor a la deformación de su vientre o al rechazo del esposo.

Luego entonces, desde el momento de la fecundación se realiza la proliferación celular y el aumento de funciones, o sea que el nuevo ser lleva implícitas las facultades de crecimiento y desarrollo. El crecimiento propicia la multiplica---

ción celular y la formación de nuevos órganos, aparatos y sistemas y, el desarrollo facilitará la aparición de nuevas capacidades (bioquímicas, respuestas conductuales, sensitivas y actitudes de conservación), cambios que comprenden maduración desde el punto de vista psicomotriz, intelectual y emocional. No debemos olvidar que crecimiento y desarrollo van íntimamente unidos como agentes mecánicos.

Algunos estudiosos han encontrado que todos los cambios que se realizan durante la gestación, son procesos similares y comunes a todos los seres humanos, y que éstos solo sufrirán alteraciones cuando un agente lesionante entorpezca o altere el desarrollo y crecimiento.

Madurez, desde luego, comprende aspectos psicológicos, físicos y sociales, pues el ser humano es la suma de factores genotípicos y paratípicos (herencia y cultura), es él mismo y su medio. "El clímax del proceso biogenético, acontecimientos climáticos en el sentido vital del organismo", como pensó Kragman, o "la capacidad de anticipar consecuencias y perseguir fines concretos y abstractos", como cree Baldwin.

Después de la implantación, se inicia el desarrollo céfalo caudal del individuo, durante el cual atraviesa por diferentes etapas como puede apreciarse en el cuadro sinóptico de la página siguiente.

Edad Meses	Talla Cms	Peso Gs	Características
1	0.5	4-6	Se forma la columna vertebral, - el corazón (circulación), aparato digestivo, yemas que formarán los brazos y las piernas.
2	2.9	9	Cara y párpados, diferenciación de extremidades, cordón umbilical, huesos largos y demás órganos internos.
3	6	28	Extremidades diferenciadas, uñas orejas, maxilares, latidos del - corazón, se cierran los párpados.
4	16	115	Gran actividad, latidos fuertes, piel rosada, brillante y transparente, huesos visibles, cabeza - más grande que el cuerpo, cejas y cavidades casi normales.
5	25	220	Color igual, pulmones bien desarrollados, pelo en la cabeza.
6	28	570	Piel arrugada y rojiza, se forma una capa protectora (lanugo), se abren los párpados, aparecen las pestañas.
7	36	1000	Piel arrugada y grasa, funciones vitales completas. Probablemente viable. Tal vez pueda vivir de - realizarse el nacimiento.
8	43	1100	Huesos de la cabeza blandos y -- flexibles. Mayores posibilidades de vida en caso de nacimiento. - Continúa la osificación.
9	50	3000	Desaparecen pelusa y lanugo, varía el tamaño de la mancha blanca del cráneo que se cierra a -- los doce meses de vida extrauterina. Nacimiento.

En el claustro materno el niño se encuentra en condiciones ideales, sus necesidades son satisfechas de inmediato, -- tiene facilidad limitada de movimiento, está protegido contra el frío, el calor y los ruidos intensos, confort y temperatura ideales y el amnios amortigua los golpes bruscos que pue--

dan provocarle una lesión, no así reacciona en contra de las amenazas que le producen la angustia de la madre. El Sistema Nervioso aparece hacia la tercera semana de vida intrauterina. En el extremo cefálico del tubo neural aparecen tres delimitaciones llamadas vesículas cerebrales primarias (proscéfalo, o cerebro anterior; mesencéfalo, o cerebro medio y rombencéfalo, o cerebro posterior). Después de cerrarse el tubo neural, el aspecto externo de la porción cefálica se modifica rápidamente.

En esta etapa del desarrollo y durante toda la gestación el niño puede sufrir una lesión que influya definitivamente en su vida extrauterina.

Para precisar el carácter teratógeno de un factor ambiental, debe comprobarse la exposición prenatal del agente lesivo, siendo éste más frecuente en las madres que tuvieron dificultades durante el embarazo, y serán precisamente esos hijos quienes mayores probabilidades de irregularidades tienen (deficiencias mentales, malformaciones físicas, trastornos de conducta, etc.), después.

Ciertos tipos de lesiones pueden ocurrir, además, por infección fetal, o sea por microorganismos causantes de toxoplasmosis, que originan calcificación cerebral, retardo mental, hidrocefalia, microcefalia, etc. De manera análoga, las radiaciones recibidas durante las etapas tempranas del desarrollo intrauterino, pueden causar daño cerebral o microcefalia.

Las malformaciones cromosómicas tienen también serias repercusiones por lo que se refiere a la deficiencia mental.

"Tiene gran importancia también, la llamada incompatibilidad Rh, en la que los antígenos de eritrocitos fetales invaden la circulación sanguínea materna, desencadenando la reacción de anticuerpos. Los anticuerpos maternos contra los antí

genos fetales, regresan al feto y destruyen los eritrocitos - del mismo". Un hombre Rh positivo, y una mujer Rh negativo, - tienen un Rh positivo, pero es difícil que los glóbulos rojos con Rh positivo interfieran en el desarrollo del primer hijo, no así en el segundo y los subsiguientes, en quienes los glóbulos rojos con Rh positivo escapan de la circulación fetal y estimulan la producción de anticuerpos maternos, los que penetrarán en la circulación fetal provocando destrucción sanguínea dando así origen a una enfermedad hemolítica que puede -- ser: eritoblastosis fetal, acompañada de ictericia, hidropesía fetal o la implantación de un kernicterus, que se caracteriza por la impregnación de un color amarillo en las diversas áreas de la sustancia gris del cerebro, en particular los ganglios basales y estructuras vecinas, causante de una lesión degenerativa de las neuronas de esas áreas. El índice de mortalidad es alto y los niños que sobreviven presentan daño cerebral manifiesto.

En fin que las lesiones cerebrales simples o severas pueden ser el producto de una incompatibilidad Rh.

Se considera que el 15% de los niños con lesión cerebral la adquieren durante el proceso gestativo.

3. 2. N A C I M I E N T O .

Ya se dijo más arriba, que el niño se encuentra durante la gestación en un paraíso, por lo que el nacimiento para él significa un verdadero trauma, una crisis, un rompimiento de la armonía vital, el paso a un mundo difícil, lleno de frustraciones y de necesidades insatisfechas, al cual debe adaptarse en el menor tiempo posible, debe respirar y desde el -- primer momento llenar de aire sus pulmones para lanzar el primer grito y gradualmente ir discriminando lo placentero de lo

desagradable para evitar el dolor y la angustia.

Cuando el niño ha cumplido la mayoría de edad intrauteri-
na, ha llegado la hora del alumbramiento, el útero se estre-
cha y ésto produce una extensión en el cuerpo del niño. Con-
tracciones posteriores hacen que se rompa el amnios (fuente),
que lubricará la vagina. En la primera etapa pasa la cabeza a
través del cuello de la matriz. En la segunda, los músculos -
especiales expulsan al niño y los músculos vaginales se ex-
tienden (coronamiento), siendo aquí, en donde se necesitan --
los servicios de una persona para que reciba oportunamente al
neonato. Al salir la cabeza, el cuerpo abandona por completo-
el de la madre, se ata y corta el cordón umbilical, con lo --
cual termina el peligro para el niño, no así el de la madre,-
quien en una tercera etapa expulsa la placenta y el resto del
cordón umbilical, con lo que termina el alumbramiento.

Es conveniente tomar en cuenta del alumbramiento aspec-
tos tan importantes para la evaluación del desarrollo y del -
crecimiento, como talla y peso e ir observando poco a poco --
las nuevas funciones de cada uno de los órganos de los senti-
dos, así como sensibilidad, reflejos y motricidad. Esto, debe
ser evaluado por el pediatra, quien aparte de contar con expe-
riencia y conocimientos, cuenta también con tablas especiales
como las de Gessell y Piaget. La labor del pediatra es impor-
tantísima ya que en muchas ocasiones, los padres presentan du-
das angustiantes y es él precisamente quien debe disiparlas.

Senn y Solnit en su obra "Trastornos de Conducta y del -
Desarrollo en el Niño", resumen al principio de cada capítulo
las reacciones normales, anormales y patológicas de la conduc-
ta del niño y las actitudes que las madres toman en cada una-
de ellas. Piensan que la respuesta negativa de la madre puede
reforzar cada vez más una conducta patológica.

Un 80% de los niños con disfunción cerebral mínima, ad-
quieren ésta durante el parto, ya que lo mismo puede suceder,

cuando no es atendido adecuadamente, o por facultativo, como por lentitud o violencia durante su realización; por hipoxia o anoxia; por cualquier otro trastorno que obligue al uso de fórceps o cesárea; por estrechez del cuello de la matriz o -- por desproporción céfalo-pélvica; por un largo intervalo entre la ruptura de la fuente y el nacimiento, por el uso inadecuado de drogas o analgésicos, en fin, cualquier parto oxitócico, con hemorragia materna, hipotensión, etc., puede producir una lesión cerebral.

Todo lo anterior, unido a los métodos empleados durante el trabajo del parto, mucho más se se tuvo que recurrir a la resurrección, si fue prematuro y estuvo en incubadora, influirá definitivamente en el desarrollo y la maduración ulteriores.

3. 3. LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA .

Desde los primeros instantes de vida extrauterina, el ser humano debe tener determinadas respuestas motrices, saber enfrentarse a la mecánica de la vida para satisfacer sus necesidades urgentes (alimentación, sueño, eliminación, etc.). -- forma un binomio con la madre, quien le proporciona la alimentación, cuidados y afecto, o lo que es lo mismo, placer y seguridad que le permitirán adaptarse satisfactoriamente al medio ambiente.

Una respuesta positiva por parte de la madre durante lactancia, dará al niño seguridad y confianza que facilitarán en gran parte el desarrollo psicomotriz. De otra forma la angustia de la madre ante cualquier irregularidad, puede provocar ansiedad que entorpezca de alguna manera la maduración.

Las madres angustiadas, sufren, cuando al paso del tiempo notan "algo raro", en sus hijos, los ven diferentes a los demás creyendo que les falta "algo", en cuyo caso la orienta-

ción del psicoterapeuta o del médico debe consistir en ahuyentar el desasociado, dándoles seguridad y confianza. Muchas madres aprehensivas sufren sobresaltos continuos, proyectando inseguridad que introyecta el niño. Esto sucede sobre todo en las madres sobreprotectoras que encubren sentimientos de culpa derivados posiblemente del deseo de no tener al niño; de ahí que el temor de perder al hijo surja de una culpa, ante la idea de no poder satisfacer en el futuro las necesidades emocionales de éste.

Al padre moderno, se le presenta la oportunidad de ser factor importante en el cambio que proporcione felicidad a sus hijos, por lo que debe evitarse la sobreprotección, que peligrosamente puede predominar durante toda la vida del sujeto, produciendo una severa dependencia, que mermará el sentimiento de libertad y la iniciativa, de manera que nada podrá hacer sin el cómo, cuándo y dónde de los demás.

El hecho de conocer las posibilidades y limitaciones de los hijos, convertirá a los padres en personas más conscientes y tolerantes, ya que no dejan de existir aquéllos que quieren forzosamente realizar sus fantasías o ideales en sus hijos, no permitiéndoles que sean ellos mismos, siendo esto, una verdadera falta de respeto a su personalidad, falta de aceptación de "su" realidad y sobre todo ignorancia de sus gustos, intereses y metas.

Una gran mayoría de los trastornos que el niño presenta durante la edad pre-escolar o escolar, se desarrollaron durante la infancia primera (trastornos en el lenguaje, trastornos en el sueño, enuresis, encopresis, etc.). Resulta obvio, que durante la entrevista para averiguar la situación en el hogar se ponga de manifiesto la mala estructuración, causa que ha impedido brindar cariño y protección al niño. Gran parte de los padres de nuestros pequeños pacientes creen que están en lo correcto, al corregir en forma violenta y represiva a los-

niños, sin saber que las presiones y los castigos causan trastornos en la maduración psíquica, creando sentimientos de minusvalía e ideas derrotistas que llevarán al sujeto a realizar acciones compensatorias derivadas de las frustraciones, -- como la rebeldía que no tiene una, sino muchas causas. El niño en estos casos no se siente apoyado, no crea independencia motivos por los cuales no se podrá realizar plenamente, lo -- que disminuirá su autorrespeto y su autoestima.

Es por demás subrayar que la aceptación y la estimación, dan mayor seguridad, no así la sobreprotección, el autoritarismo y el rechazo.

Conviene, aquí, mencionar los componentes de la personalidad sana que señala Erickson (1951), los que, si les buscamos un antagónico nos llevará fácilmente a los componentes de la personalidad insana. Desde luego debemos comprender que un niño con disfunción cerebral mínima, será más susceptible a -- las amenazas del medio externo, ya que, lo que un niño normal tolera o reprime sin recibir lesión en su personalidad, a a-- qué él le parecerá catastrófico y desencadenará reacciones inimaginables:

a) Sentimiento de confianza, que se desarrolla durante -- el primer año de vida y que es "una expresión abreviada, que tiene por objeto evocar el aroma característico de todas las experiencias satisfactorias del niño en dicha etapa temprana, se desarrolla hasta que el bebé percibe objetos o personas, y se manifiesta desde la primera sonrisa del bebé, cuando una -- persona se acerca para satisfacer alguna necesidad o cuando -- logra coordinar sus movimientos y adquiere la habilidad prensora".

b) Sentimiento de autonomía, "aparece aproximadamente de 12 a 15 meses, mediante él se afirma como ser humano con vo-- luntad y mente propias, se acrecienta con el desarrollo motor con el tocar, explorar, agarrar, saltar, retener, hablar, manipular. Es una etapa de adaptación en la que debe escoger --

postura, alimentación, distancia o cercanía de sus progenitores. Al mismo tiempo que va conociendo sus limitaciones que impiden su desarrollo".

c) Sentimiento de iniciativa que se adquiere aproximadamente a los 5 años, quiere decir que el niño es capaz de hacer ciertas cosas, su conducta es imitativa y desea participar, desarrolla su imaginación y emprende actividades creativas. "Es la etapa de la intrusión, (en el cuerpo de otros, -- por medio del ataque físico); en el oído y la mente, por medio del hablar fuerte; en el espacio, locomoción vigorosa; en lo desconocido, curiosidad devoradora".

d) Sentimiento de éxito, que se extiende de los 6 a los 12 años, que "tiene como logro el sentido de industria o el sentido de realización. Aquí desaparece la fantasía y la mente emprende tareas reales". Este sentimiento aumenta con la aprobación y disminuye con la desaprobación.

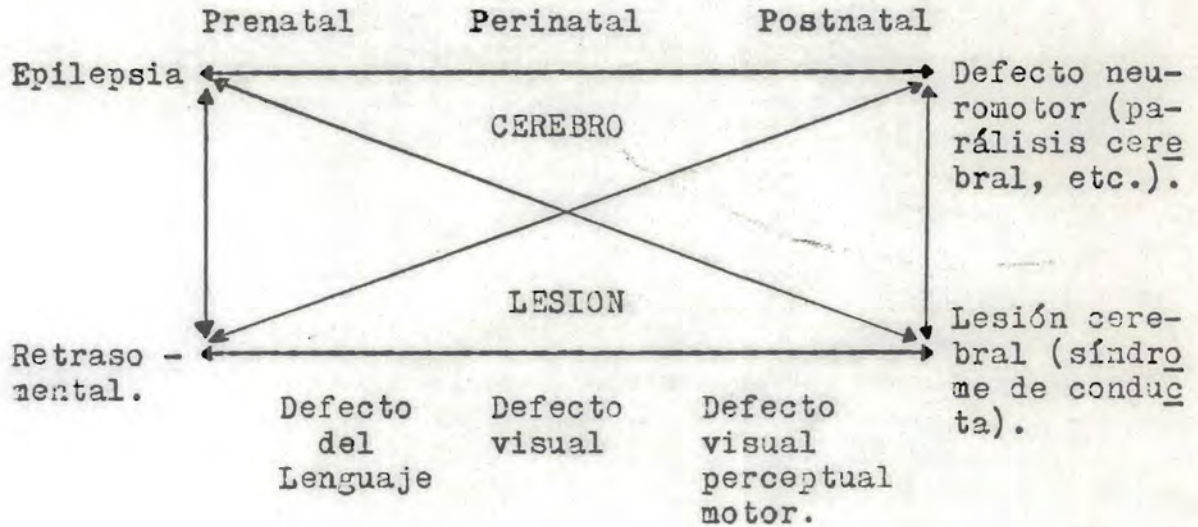
e) Sentimiento de identidad, que se inicia en la adolescencia, cuando el sujeto se pregunta ¿Quién soy y cuál es mi función en el mundo?; "Va ligado al sentimiento de intimidad, con personas del mismo sexo o del sexo contrario. La falla en el desarrollo de este sentimiento producirá trastornos en las relaciones interpersonales, que pueden partir del seno familiar por la falta de comunicación, o en los diversos grupos en donde el individuo intervenga".

Todo lo anterior servirá como norma para encontrar las fallas en los niños con disfunción cerebral mínima, pues si hay en cualesquiera de ellos inseguridad, dependencia, inhibiciones, despersonalización, debidos a su trastorno, éste aumentará con la sobreprotección o el papel de enfermo que se le señale, las frustraciones, la dictatorialidad, las reprobaciones y las desorientaciones provocadas por los mayores.

Un estudio comparativo, con niños normales, nos señalará la pauta a seguir, para la cual contamos con tablas especiales, sobre todo las de Gessel y Piaget, ya mencionadas ante--

riormente.

En el siguiente esquema de Hughes, se observa con precisión las consecuencias de la lesión cerebral:



Como se ve, el daño cerebral produce también epilepsia y ya algunos investigadores han apuntado que los trastornos de conducta no son más que pequeños ataques epilépticos.

Las lesiones en cualesquiera de las etapas (prenatal, perinatal o postnatal), desencadenan el síndrome de conducta -- con todos los signos y síntomas mencionados y descritos por Hughes en "Sinopsis de Pediatría", y que se manifiesta en términos de defectos o de retardos en: 1) el desarrollo mental neuromuscular; 2) accesos convulsivos; 3) obstáculos en el aprendizaje académico; 4) trastornos de la personalidad; 5) -- trastornos del lenguaje; y 6) obstáculos sensoriales específicos.

"El daño cerebral postnatal, puede provenir de lesiones producidas por infecciones que afectan de manera directa o indirecta al cerebro, destacando de manera especial la encefalitis y la meningitis, ésta productora de un proceso de diarrea grave que origina acentuada deshidratación, shock, desequilibrio electrolítico, acumulación subdural de líquidos o trombosis venosas cerebrales". La hipoxia que da origen a proce--

sos pulmonares y cardíacos graves y paro cardíaco durante la anestesia; hemorragias que lastiman el tejido cerebral y originan también procesos traumáticos craneales, accidentes vasculares o trastornos en el mecanismo de la coagulación; trombosis, sépticas si se originan en un foco infeccioso contiguo o policitemia, bacteriemia, anemia falciforme o recuento placentario elevado; o marasmo, deshidratación grave; lesión tóxica (intoxicación por salicilato o intoxicación plúmbica); - traumatismos craneales, con pérdida de la conciencia, con hemorragia o derrames cerebrales; enfermedades infectocontagiosas acompañadas por períodos largos de hipertermia; hipertiroidismo y/o por otras disendocrinias o trastornos de las --- glándulas de secreción interna; parasitosis, por lo cual se - requiere de una serie de análisis de laboratorio para descartar esta última posibilidad.

3. 4. EL NIÑO Y LA ESCUELA.

La disfunción cerebral mínima, empieza a manifestarse y hacerse patente, cuando el niño acude a la escuela, en muchas ocasiones sin superar la angustia que le causa la separación del seno familiar. Desde entonces aprenderá formas económicas de adaptación, que le permitirán funcionar en el grupo social al cual pertenece, grupo completamente distinto al que hasta ese momento pertenecía, tal vez heterogéneo, en donde se pondrá de manifiesto su egocentrismo, pues en él no están "su papá", "su mamá", "sus hermanos", "sus juguetes", por lo que debe sufrir una nueva crisis y un nuevo acomodamiento.

En este medio hostil, en ocasiones, se ostentan todas -- las características sintomatológicas en la disfunción cere--- bral mínima, pues en cada trauma o frustración surge una respuesta lábil, que puede recibir reforzamientos negativos y un

ajuste inadecuado. Algunos psicólogos y psiquiatras consideran que si a este niño no se le apartara del seno familiar, - en donde se le tolera y consecuenta, no presentaría problemas similares, ya que éstos aparecen cuando traspasa los límites del hogar o sea cuando se rompe la armonía y surgen las dificultades que impiden la integración y el desarrollo normal de su personalidad. Aquí es donde se realizan los trastornos de conducta y por ende las dificultades en el aprendizaje.

La escuela debe tender ante todo a sociabilizar y a brindar también seguridad al niño, debe ser lo que ha tiempo se - pregona "una prolongación del hogar", en donde el niño aprenda a dar y a recibir afecto ya que esto facilitará el aprendizaje pues la empatía y simpatía entre educando y educador favorece los resultados en cuanto a asimilación y retención. Se puede decir que un aprendizaje "a fuerza", o "un estira y afloja" entre profesor y alumno, así como el abuso del verbalismo y la memorización, jamás funcionarán en la escuela de - nuestros días.

Al mismo tiempo, en la escuela el niño está aprendiendo reglas generales de respeto y responsabilidad y la corrección reiterada, como las ridiculizaciones, comparaciones y vejaciones, traerán como consecuencia "formaciones reactivas", de -- tal suerte que el niño que no logre los primeros lugares, tratará de figurar en los últimos y quien no obtenga el primer - lugar en buena conducta lo obtendrá en mal comportamiento.

El importante aspecto que afortunadamente han tomado en consideración los nuevos programas de educación, es el que se refiere al sexo, tema considerado "tabú", por nuestros abue-- los, debe ser aprovechado al máximo, pues en la escuela el ni ño debe aprender el papel social y sexual que va a desempeñar favorecido en el hogar, este papel debe ser comprendido y estudiado ampliamente por el niño.

El niño con disfunción cerebral mínima padece una serie de aberraciones sexuales, que una terapia adecuada puede eliminar, de modo tal que, el trato con sus genitales o las prácticas escoptofílicas, no aumenten la angustia que perturben a los progenitores y vaya a derivar en sentimientos de culpa o de vergüenza para el niño.

Pero la causa principal que distingue al niño escolar orgánico es la hiperquinesia (necesidad exagerada de movimiento), motivo por el cual presenta además una serie de características, como la baja capacidad para concentrarse en el trabajo o en toda tarea que requiera atención, lo que dificulta el aprendizaje de la lecto-escritura aún cuando su coeficiente intelectual sea normal y a veces superior. Lo anterior limita su capacidad, que no puede ser utilizada para realizar abstracciones y simbolizaciones. Su pensamiento divaga fácilmente, se pierde en pequeñeces, que para su mente tienen gran relevancia, "se distrae hasta por el ruido de una mosca".

La sobreprotección paterna, traerá resultados negativos para su adaptación a la vida escolar, pues siendo un niño con disfunción cerebral mínima, le será difícil desarrollar su iniciativa, que es la base del trabajo productivo y de la creación artística. Conviene dejar al niño que actúe de acuerdo con sus posibilidades, corrigiendo con afecto, pidiendo únicamente agregados, para no herir su susceptibilidad. Para esto hay que hablar con sus profesores, pero sobre todo con quienes se olvidan de el "eros pedagógico" y tiranizan a los alumnos.

Un profesor responsable y consciente de su papel, se da cuenta inmediata de los cambios operados en sus alumnos, y no solo de los cambios en el carácter, sino de otros que para muchos pueden pasar inadvertidos, por ejemplo: si el niño es normal, sabe como reaccionarán ante una promesa, pero cuando a un alumno se le ofrece algo y pide que de inmediato se le -

traiga, sabe que ésto no es lógico ni normal, sobre todo si esta conducta se repite. Este profesor si es consciente lo más seguro es que envíe o canalice a dicho niño, que no puede postergar gratificaciones, a un lugar donde haya servicio de Salud Mental, en donde posiblemente se le diagnostique, si presenta otros síntomas ya mencionados, disfunción cerebral mínima.

Puede ser el mismo caso, el de un niño a quien se le impartan órdenes que aparentemente son escuchadas, pero que cuando van a ser obedecidas se olvidan, porque se interponen otros motivos distractores, y en lugar de regresar a disipar su duda se dedica a realizar otros actos gratificantes, como lo son "sus juegos". Este tipo de desobediencia que muchos etiquetan de "patológica", no fue registrada en la consciencia del niño o no fue retenida el tiempo suficiente como para ser acatada. Fue un mensaje en el que hubo ruido, una interferencia en la comunicación.

Volviendo al caso del niño que no puede esperar mucho tiempo para que una promesa le sea cumplida, porque lo que es para mañana tiene que ser hoy, podemos agregar que su incapacidad de retención es intervenida por reforzamientos positivos ante la esperanza de una gratificación, lo que hace que su memoria evoque constantemente la imagen gratificante. Esto nace también de las dificultades mnémicas para fijar un objeto.

La negativa rotunda y frustrante a quien quiera lastima, pero más que a nadie al tipo de niño que ocupa nuestra atención. Toda frustración desencadena una reacción catastrófica que acarreará reacciones negativas (berrinches, llanto, pataleo, agresividad, impulsividad, autoagresividad, y destructividad).

Existe una relación constante entre los problemas presentes y las frustraciones pasadas, así como, en las actitudes manifestadas después de hechos pretéritos frustrantes o trau-

máticos, mismos que persisten en el subconsciente o incons---
 ciente, por lo cual tienden los niños a perseverar, de tal --
 forma que actualizan los hechos para obtener gratificaciones,
 cuando parecen que ya están olvidados. El niño repite con ter
 quedad los asuntos que lesionaron su yo, moral o físicamente,
 por lo cual los trae continuamente a su memoria.

Todos los aspectos anteriores intervienen en forma defi-
 nitiva, pues el niño se siente amenazado por el comportamien-
 to negativo y agresivo de quienes le rodean e intranquilo por
 los sentimientos de culpa y lógicamente tiene problemas para-
 dormir, que se manifiestan por inquietud, angustia persisten-
 te que le impiden conciliar el sueño nuevamente cuando por --
 las noches despierta o mediante pesadillas y/o terrores noc-
 turnos.

Importante también es la enuresis, o sea la evacuación -
 persistente o involuntaria de la vejiga cuando ya debe exis--
 tir un control, pues no hay que olvidar que estamos hablando-
 del niño en edad escolar, mejor observada en el hogar, cuando
 es nocturna, pero que puede ser diurna, en cuyo caso se pre--
 senta en el aula.

La enuresis se clasifica en: primaria, que es la forma -
 más común y que persiste desde la infancia, y secundaria, que
 es aquella que se presenta después que el niño ha ejercido un
 control temprano, originada por una regresión y que muchos --
 creen es un medio del cual se vale el niño para llamar la a--
 tención. Otro tipo de enuresis es la orgánica, que proviene -
 de una lesión cerebral (que sería la más común en los casos -
 estudiados aquí), o por irritación y/o infección vesical.

Se considera que el niño a los dos años y medio debe de-
 jar de mojar la cama, o sea desde el momento en que puede des-
 plazarse y comunicarse y que después de los 3 años de edad es
 signo de anormalidad. Según algunas estadísticas el 10% de --
 los niños enuresicos tienen lesión cerebral, en contraposi---

ción con el bajo porcentaje de otro síndrome que es la enco--
 presis (evacuación intestinal involuntaria, muchas veces aso--
 ciada a la tendencia de manipular las heces fecales).

Tal vez, dependiendo del síndrome anterior este otro ---
 trastorno que padecen los niños orgánicos, y que es aún más -
 raro la coprofagia, que consiste en llevarse a la boca las he--
 ces fecales, causado generalmente por el descuido y abandono--
 de los padres.

Común y corriente es la onicofagia, fácilmente observa--
 ble, por padres y profesores y que consiste en morderse y co--
 merse las uñas, causada generalmente por un estado de extrema
 ansiedad y/o por agresividad.

La sintomatología mencionada con anterioridad puede ser--
 también la respuesta psicológica del niño a las reacciones ne--
 gativas (rechazo, agresividad), de los padres, quienes no sa--
 tisfacen de manera satisfactoria y adecuada las necesidades a--
 fectivas del niño.

En la escuela, el profesor consciente y observador, de--
 tecta con facilidad los trastornos de conducta y los canaliza
 oportunamente al lugar adecuado, sin etiquetar, sino actuando
 en forma discreta, con el fin de evitar las burlas y ridiculi--
 zaciones de los compañeros de clase.

Otros síntomas que se pueden observar en el niño en edad
 escolar son:

En las comidas: anorexia nerviosa (Hipofagia), excesos -
 en las comidas (Hiperfagia), Aerofagia, Rumiación o Mericismo,
 Pica (ingerir sustancias carentes de valor nutritivo).

En el sueño: sueño insuficiente e intranquilo, sueño ex--
 cesivo o Hipersomnia, somnolencia, narcolepsia y cataplejia.

En el lenguaje: Mutismo (por sordera, por ideocia, elec--
 tivo o voluntario), trastornos de la articulación (sigmatismo,
 lambdacismo, rotacismo, gammacismo); lenguaje infantil, tras--
 tornos de la fonación (tono nasal, ceceo); habla lenta, medi--
 dada y monótona; farfulleo y tropezones; palabra confusa, for

zada y aguda; tartamudez, trastornos de la simbolización (afasia motora, afasia temporal o receptiva, afasia motora o expresiva); neologismos, ecolalia, perseveración de términos, -paralogia.

Manipulaciones del cuerpo y tics: succión del pulgar, --chuparse los labios, succión de la lengua, morderse los la---bios, escarbarse la nariz, tirarse las orejas, tricotilomanía golpearse la cabeza y hacerla girar.

Problemas escolares: dislexia, incapacidad para la lectura, retardo para la lectura, alexia, ceguera para las pala---bras y ceguera congénita para las palabras, discalculia (ineptitud para la aritmética).

Problemas sexuales: masturbación, actividades heterose---xuales (curiosidad, preocupación por la sexualidad, conversa---ciones sexuales, enamoramientos, acción de atisbar, inspec---ción y exploración manual, exhibicionismo, deseos de ayunta---miento sexual), homosexualidad, incesto, fetichismo, sodomía---y zoofilia.

4. METODOLOGIA.

4. 1. MUESTRA Y SUS CARACTERISTICAS.

La muestra que se presenta en este trabajo fue tomada al azar y consta en su conjunto de 259 casos, niños comprendidos entre los 4 y los 14 años distribuidos en la siguiente forma:

Edad (Años)	S/Disf. cerebral		C/Disf. cerebral		Totales:	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	H	M
4	1	0	3	1	4	1
5	1	2	4	3	5	5
6	7	1	12	9	19	10
7	4	4	26	6	30	10
8	2	3	19	12	21	15
9	10	3	20	13	30	16
10	8	3	16	16	24	19
11	14	1	8	4	22	5
12	7	3	4	7	11	10
13	0	0	1	0	1	0
14	0	0	0	1	0	1
Totales:	54	20	113	72	167	92

Estos niños pertenecen a la Delegación Venustiano Carranza, del Distrito Federal, lugar donde se encuentra el Centro de Salud "Dr. Juan Duque de Estrada", y todos fueron llevados al Servicio de Salud Mental, por presentar Trastornos de Conducta en la escuela y en el hogar.

Se puede decir que la mayoría pertenece a la clase media baja, cuyos padres tienen ingresos correspondientes al salario mínimo.

Todos provienen de las escuelas de esta Delegación y fue

ron canalizados por sus profesores. Han sido controlados en su mayoría ya que algunos por razones que se ignoran, desertaron.

Las entrevistas revelaron que muchos de ellos pertenecen a hogares mal estructurados y que son víctimas de la separación, del patriarcalismo (machismo), o de la separación, ya que sus padres tienen generalmente otra mujer, y como es lógico, otros hijos.

El promedio cultural es bajo y se encuentra comprendido entre los tres y los seis años de escolaridad, siendo raros los casos en los que los padres cursaron secundaria, preparatoria o vocacional, y más raros aún aquellos que cursaron una carrera.

La gran mayoría tienen un promedio de cinco hermanos, -- sus madres están llenas de ansiedad (nerviosismo), labilidad que raya en el martirio.

Los datos que brindaron las entrevistas respecto de los niños fueron:

Hiperquinesia.....	185
Trastornos de Conducta.....	185
Agresividad.....	160
Trastornos senso-perceptivos.....	141
Trastornos en el aprendizaje.....	140
Berrinches.....	95
Trastornos del sueño.....	85
Autoagresividad.....	85
Aislamiento y tendencia autista.....	68
Trastornos en el lenguaje.....	60
Anorexia Nerviosa.....	60
Enuresis.....	57
Depresión.....	50
Onicofagia.....	8
Geofagia.....	4
Hiperfagia.....	2

Trastornos en la locomoción.....	2
Encopresis.....	1

Como se puede observar claramente, hay una coincidencia entre el síndrome de Conducta y la hipermotilidad, por lo que ambos términos se consideran sinónimos, y es que la necesidad exagerada de movimiento, trae como consecuencia trastornos en el comportamiento.

Aunque la mayoría de los niños son remitidos al Servicio de Salud Mental porque tienen como antecedente fallas en el aprendizaje, ya que han repetido de dos a cuatro veces un mismo grado escolar, generalmente el primer año, se puede asegurar que ésto es el resultado de la inquietud desmedida más -- que una deficiencia intelectual.

4. 2. DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS USADOS.

Los niños fueron enviados directamente con el Psiquiatra quien los remitió al Psicólogo para la aplicación de Tests -- Psicológicos o evaluación psicológica, con el fin de orientar el diagnóstico, ya sea confirmando éste o dando las razones -- del estado del paciente. Se anexan los resultados obtenidos -- en forma resumida y se plantea el trabajo a seguir.

Las pruebas que se han usado son las siguientes:

- 4.2.1. Test Gestáltico Visomotor de Laurretta Bender.
- 4.2.2. Test de Matrices Progresivas de Raven.
- 4.2.3. La Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler.
- 4.2.4. La Prueba del Dibujo del Hombre de Florence Goodenough.
- 4.2.5. El Test "Casa, Arbol, Persona" o H. T. P. de Buck.
- 4.2.6. El Test del Dibujo de la Familia de F. Morino Abele.
- 4.2.7. El Método de Evaluación de la Percepción Visual -- de M. Frostig.

4.2.1. TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE LAURETTA BENDER.

Es útil para el diagnóstico de disfunción cerebral mínima, ya que si comparamos los antecedentes generales, con los datos clínicos y el examen neurológico, vemos las grandes coincidencias que se presentan. A veces, es casi inequívoco el psicodiagnóstico, y resulta obvio después de la aplicación de esta prueba el estudio electroencefalográfico.

El B. G. fue elaborado por la Dra. Lauretta Bender y por el Dr. Schilder, con el fin de probar los efectos de coordinación visomotriz en los casos de enfermedad orgánica del cerebro y está basado en nueve figuras "visualmente perceptibles" que Wertheimer empleara por primera vez en sus experimentos - con gestalten visuales y que fueron presentadas tanto a niños y adultos como a pacientes deficientes y débiles mentales, para que las copiaran. El producto final es un patrón visomotor que revela modificaciones en el patrón original por la acción del mecanismo integrador del individuo que lo ha experimentado". Es usada con bastante frecuencia en la actualidad y se le considera el "electroencefalograma de bolsillo" teniendo gran valor para el psicólogo clínico encargado de descubrir lesiones cerebrales que pueden producir trastornos en la conducta. Las nueve tarjetas fueron registradas en la Asociación Ortopsiquiátrica Norteamericana por la autora del Test en el año de 1949.

TECNICA DE APLICACION.- Se presentan ordenadamente las tarjetas y se pide al sujeto que las dibuje tal como las ve, en una hoja en blanco que previamente se le da, en la cual se han anotado los datos indispensables para la identificación del sujeto. Se observan todas las actitudes, manipulaciones, movimientos y expresiones.

La práctica y calificación de la prueba han sido descritas en el libro, "Test Gestáltico Visomotor" y en "The Psy--

Chological Problems of Children with Organic Brain Disease" -- (1949), y la aplicación de la misma no requiere más de 10 minutos, siendo una de las partes más valiosas de las consultas.

Los datos que aporta dicha prueba son los siguientes:

Confusión direccional, que comprende: rotación de la figura de manera que sea dibujada entre 90 y 180 grados. Es una reproducción del dibujo en la cual el eje principal sufre un desplazamiento, pero la hoja y tarjeta continúan en su lugar. En este caso hay tres tipos: media, moderada y severa, también en dirección a la manecilla del reloj, o en sentido inverso o en su caso puede haber rotación de la hoja o de la tarjeta, en los grados y sentidos mencionados con anterioridad.

Dificultad para reproducir los ángulos, de manera que éstos resultan muy obtusos o muy agudos o tienden a convertirse en curvas u otras figuras complejas en el punto en que se reúnen las líneas que forman el ángulo, lo que indica la incertidumbre sobre la dirección que debía seguir. De esta manera el ángulo de una figura tiende a abrirse, cerrarse, enderezarse o inclinarse. Puede haber también modificación de curvaturas cuando éstas tienden a convertirse en ángulos.

Incapacidad para reproducir estructuras, lo que demuestra la dificultad del niño para organizar partes advertidas hasta formar un todo, y la tendencia de percibir las más como fragmentos separados y desunidos que como totalidades. En este caso se refiere al tipo de dibujo específico, que pueda modificar, distorsionar o destruir las cualidades gestálticas, al dibujar el árbol de navidad, lo hace realizando una serie de puntos, y al dibujar la figura A, no junta el círculo y el cuadrado.

Mala organización, que comprende el orden, que puede ser irregular y/o caótico sobre toda la página. Las figuras pueden quedar distribuidas en dos o más páginas (expansionismo), reducida en una pequeña parte de la hoja (contricción), lo --

que implica modificaciones en el tamaño y revela una falta total de plan por parte del ejecutante.

Cohesión y condensación, consistente en reunir varias figuras en un diseño. La cohesión nos hace remitirnos también al mal uso del espacio y al mal uso o abuso del margen.

La modificación en el tamaño está íntimamente ligado con la cohesión ya que el aumento estará ligado con la expansión y la disminución con la contricción. La reducción puede afectar a un solo dibujo, a la totalidad o a una parte de cualquier reactivo.

El orden lógico pero no metódico, en el cual el sujeto no revela un plan evidente ni un valor flexible o espontáneo hace que aparezcan modificaciones en determinados reactivos (en parte de ellos o en todos), esto está relacionado con la utilización del papel.

De las modificaciones gestálticas en las que hay distorsiones, encontramos en primer lugar, la regresión, que es la conversión de los conceptos a las más primitivas formas. Ejemplos de regresión son las curvas escritas de prisa o borroneadas, la transformación de los puntos en círculos, al igual que los ángulos en curvas y las dificultades en los cierres. En los sujetos menores de 10 años, esto no siempre es producto de disfunción cerebral.

La regresión, es una manifestación de la distorsión y de la destrucción de las cualidades de la gestalt (dibujos de diamantes o círculos dentro del cuadro).

Todo lo que signifique simplificación de tarea que tiene gran importancia, pero no siempre será signo de disfunción cerebral.

Generalmente, cuando hay sobreposición existe disfunción cerebral. Los sujetos dañados son incapaces de reproducir con fidelidad las porciones de las figuras que se interceptan. Esto, como ya se dijo, está íntimamente ligado a la cohesión.

Es importante también, tomar en cuenta la elaboración y el diseño. En la primera hay una destrucción de la gestalt, usando símbolos para acrecentar y decorar la figura, en el segundo, hay repetición de trazos y está relacionado con incoordinación visomotriz.

Otras modificaciones pueden realizarse sobre el plano -- (movimientos al dibujar, dirección de las láminas, de las manos, dibujar el círculo en sentido de las manecillas del reloj, o la falta de cierres).

El aspecto más importante, razón por la cual fue aplicado este test, es que detecta fácilmente incoordinación visomotriz, pues la pérdida del control motor, por falta de coordinación entre ojo-mano, puede significar que hay daño orgánico o trastornos de tipo emocional muy acentuados.

El B. G., es sin duda alguna el más valioso auxiliar en el diagnóstico de la maduración, incoordinación y daño cerebral, aún cuando otros autores le señalen otros usos. Kappitz por ejemplo, lo usa exclusivamente para niños y Hutt y Breeskin, para adultos; el primero busca maduración visomotriz y trastornos emocionales, y los segundos dan una interpretación dinámica. Nosotros creemos que debe ser usado en Psicoterapia para conocer integralmente al niño.

Finalmente diremos que para llegar al diagnóstico, hay que tomar en cuenta la perseveración, que no es exclusiva de esta prueba y que consiste en la repetición incontrolable de motivos (figuras en una serie de hileras, círculos y puntos, pudiendo suceder esto aún con las figuras mayores), motivo -- por el cual el tiempo de la prueba se prolonga un poquito más de lo señalado arriba.

Hay dos tipos de perseveración, en el primero el elemento que forma la estructura anterior se reproduce en la siguiente figura; y en la segunda, el sujeto toma una gestalt y sigue dibujándola como si no pudiera detenerse, lo que puede-

significar un síndrome de lesión intracraneal. En niños menores de 6 años, esto es normal ya que a esta edad no se ha logrado el nivel de maduración visomotriz, por lo cual resultará difícil adquirir la lecto-escritura.

A continuación los aspectos que deben tomarse en consideración para el diagnóstico de la disfunción cerebral mínima:

A) Rotaciones parciales o totales en el dibujo, en la tarjeta o en la hoja.

B) Vaguedad en los bosquejos, o falta de firmeza en los trazos.

C) Exclamaciones durante la aplicación (signos de perplejidad, impotencia o incompetencia).

D) Perseveración marcada.

E) Pérdida de pormenorización en las figuras (reducción o diferencia en el tamaño de los elementos).

F) Fragmentación.

G) Dificultad en angulación y curvaturas.

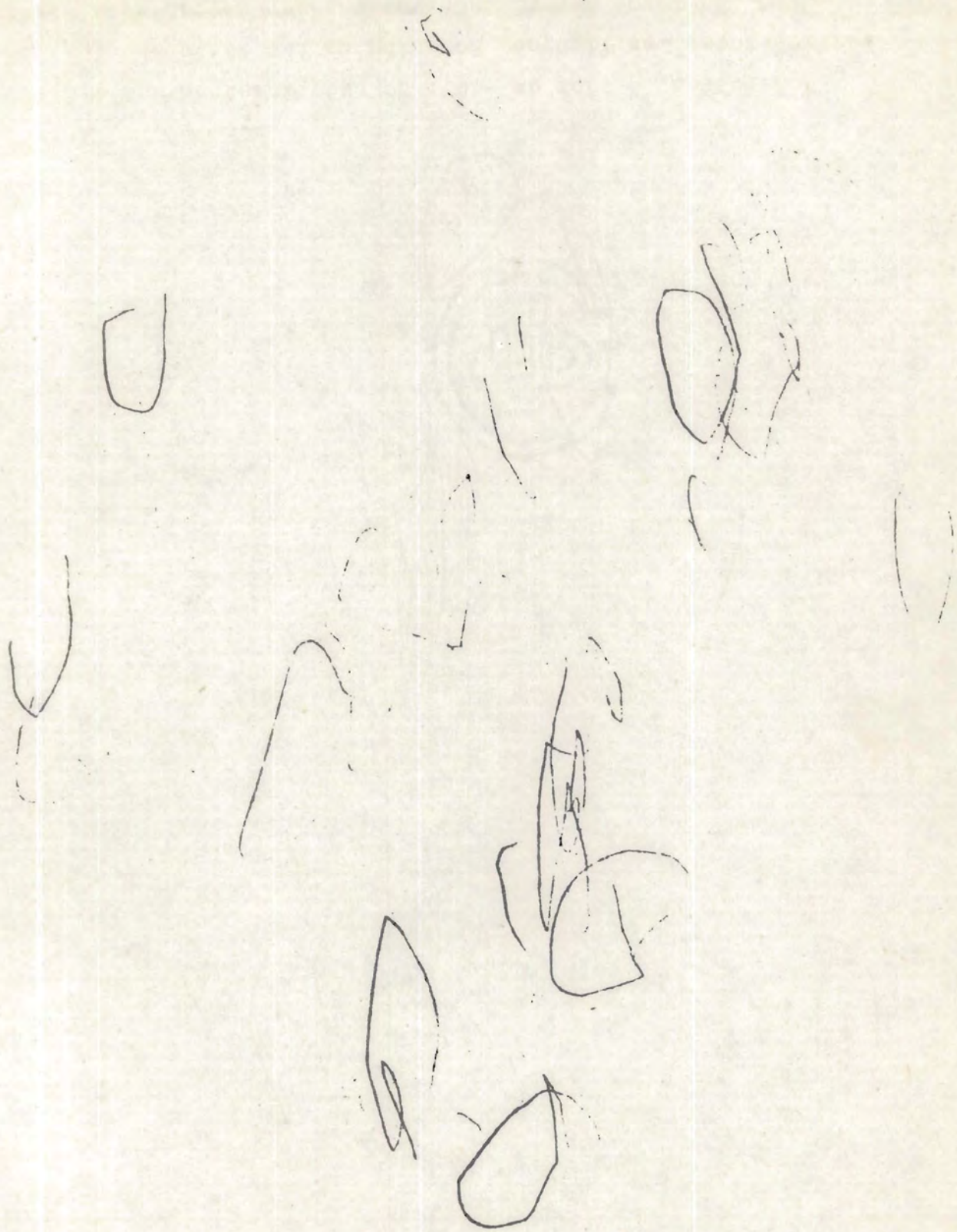
H) Condensación y simplificación.

I) Sobreposición de reactivos (cohesión).

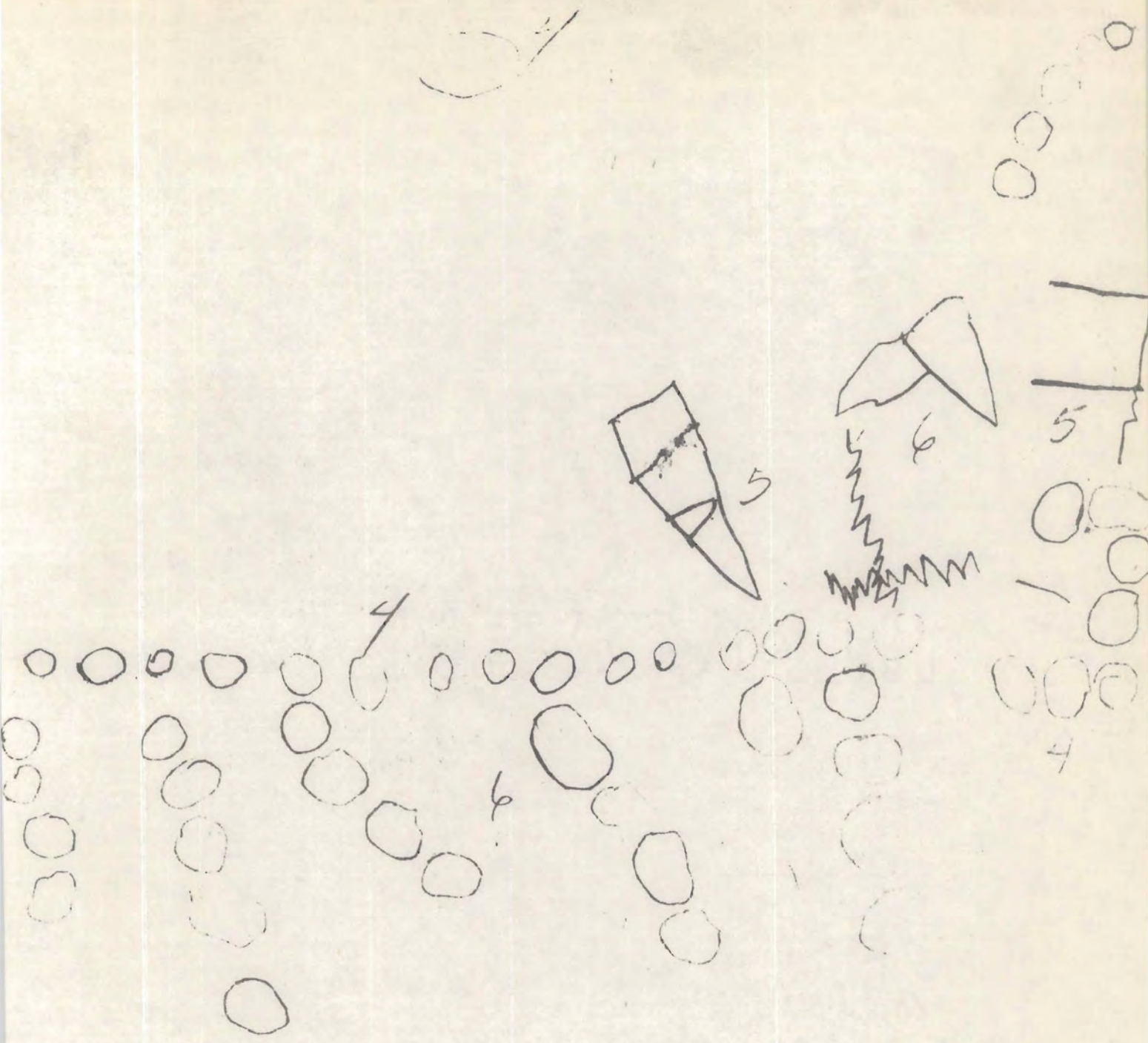
En las siguientes hojas pueden verse copias de distintas pruebas que confirman la disfunción cerebral.

Se han tomado ejemplos típicos con el fin de aclarar, -- que, los aspectos que aquí se mencionan están fundamentados.

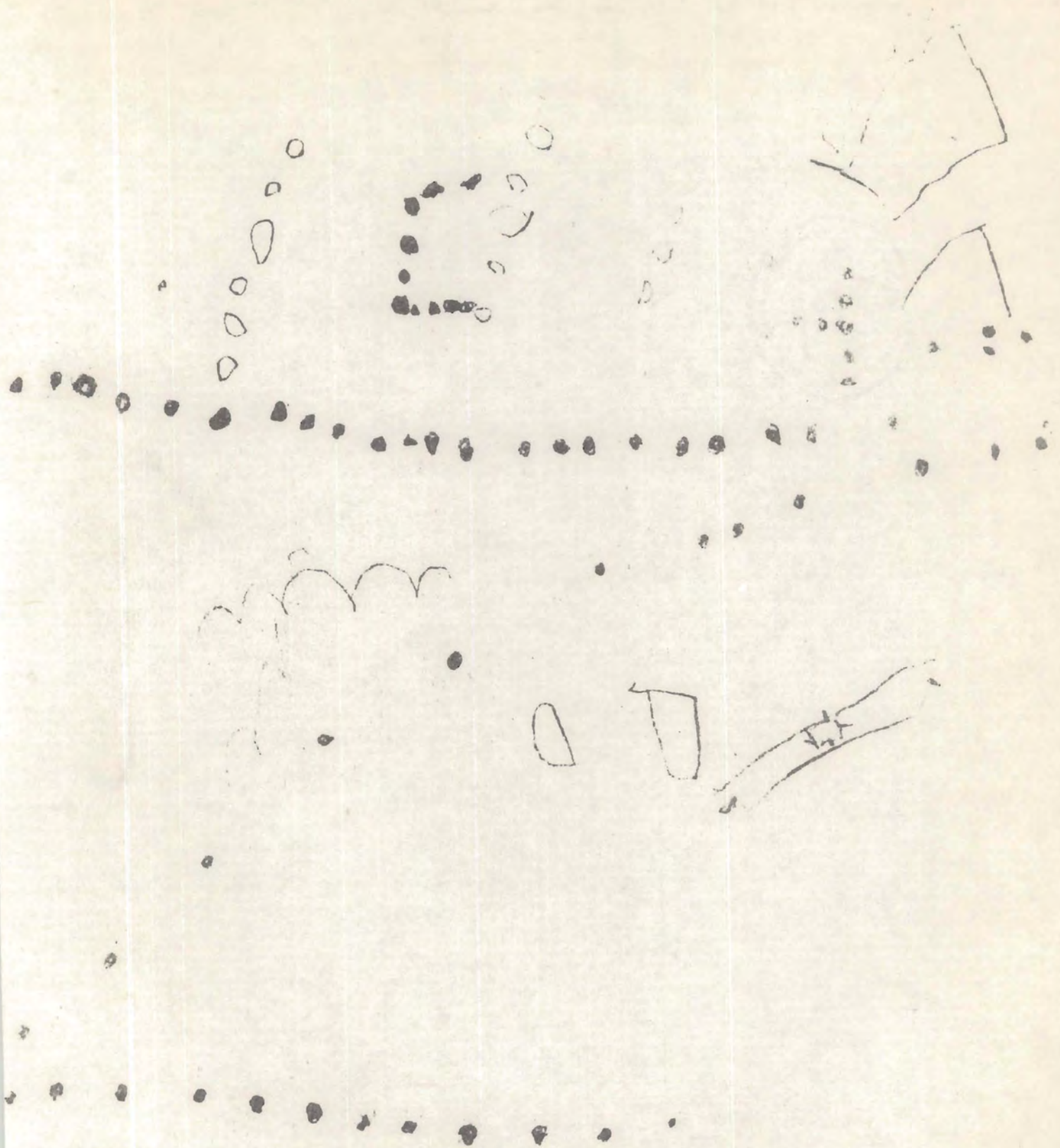
Es importante por otro lado, hacer notar que el B. G. -- (lámina anexada a continuación), es un test del cual se puede partir para conocer el nivel de maduración de un niño, si comparamos la tabla que se anexa posteriormente a la lámina, y -- que fue tomada íntegramente del libro que nos viene ocupando.



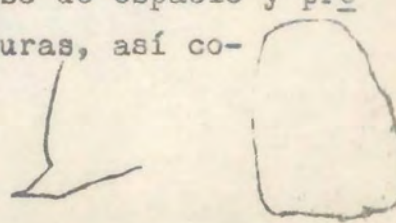
Mercedes, 6 años de edad: No pudo integrar una gestalt y no
dificó todas las figuras. Rotación en las tarjetas. Trabajó sin-
un plan, en forma desordenada y sin poner atención en el trabajo
que estaba realizando.



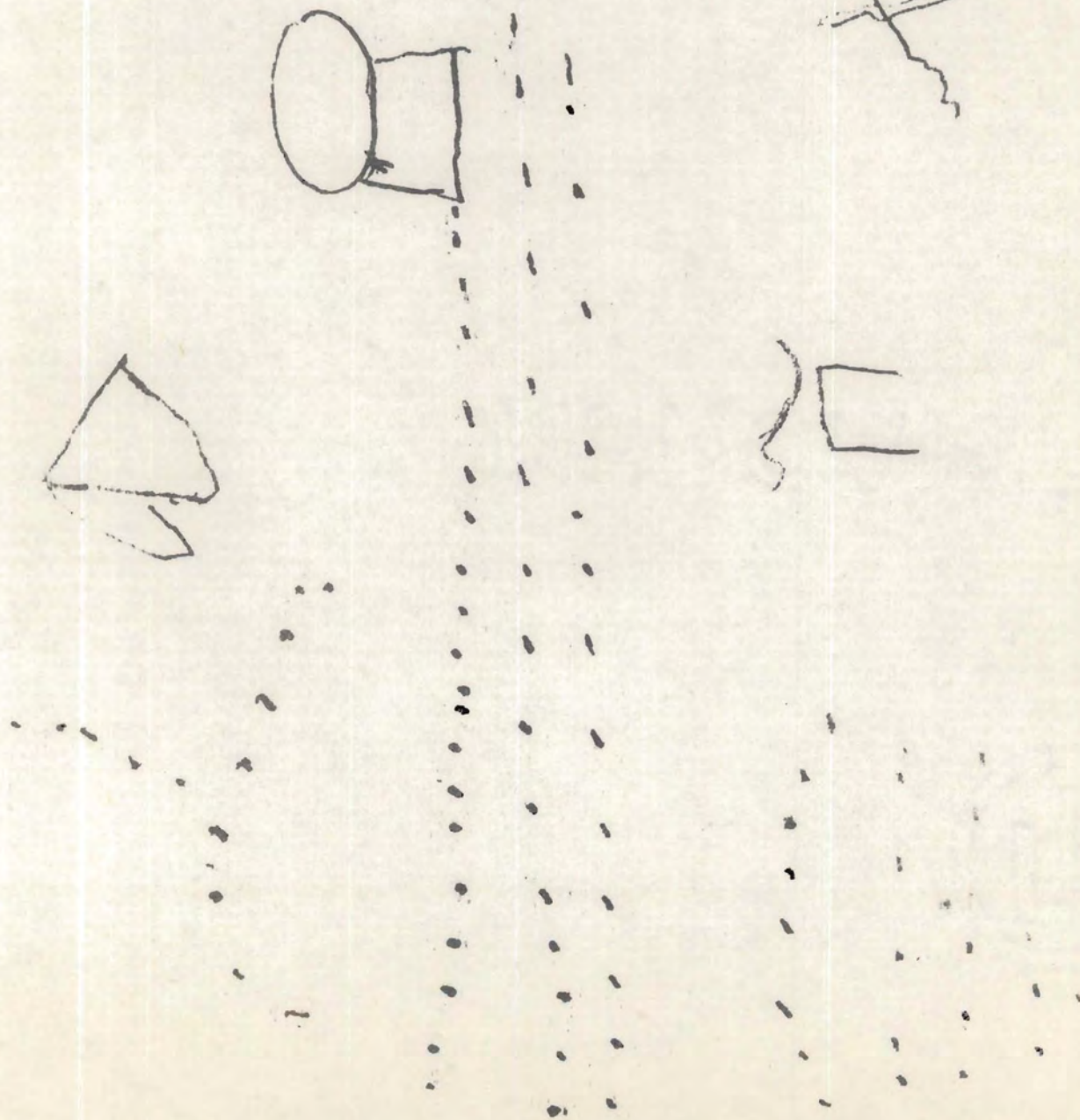
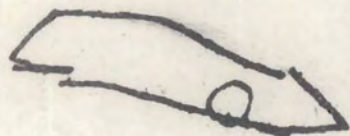
Oscar, 7 años de edad: Reducción-contricción, regresión, perseveración, modificación de estructuras así como orden caótico.- Durante la exploración psicológica manifestó hiperquinesia y ansiedad extrema.

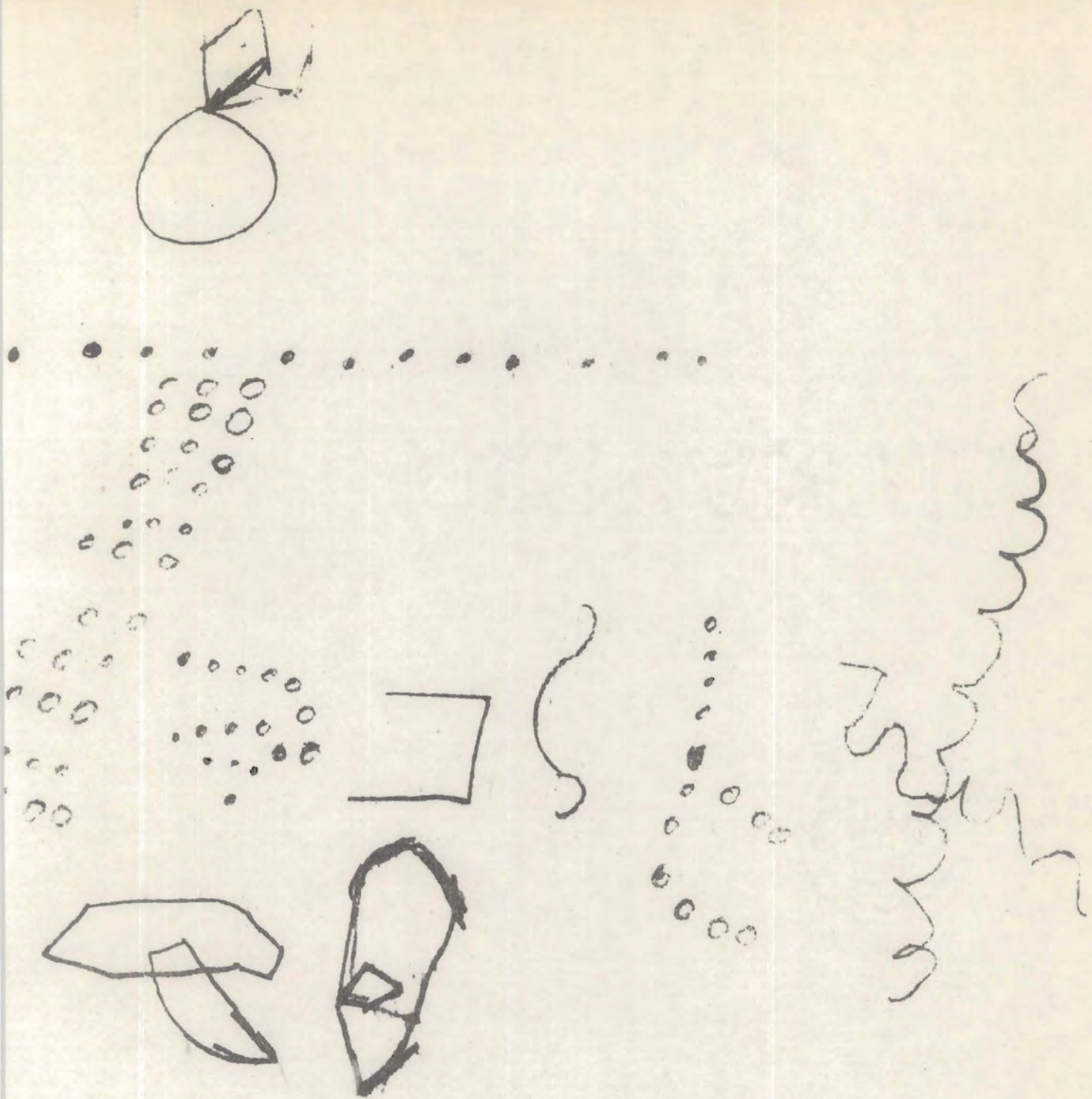


Rosa María, 7 años de edad: Al realizar la prueba hizo uso de la perseveración, la fragmentación, mal uso de espacio y presentó dificultades para integrar las estructuras, así como modificación, reducción y expansión.

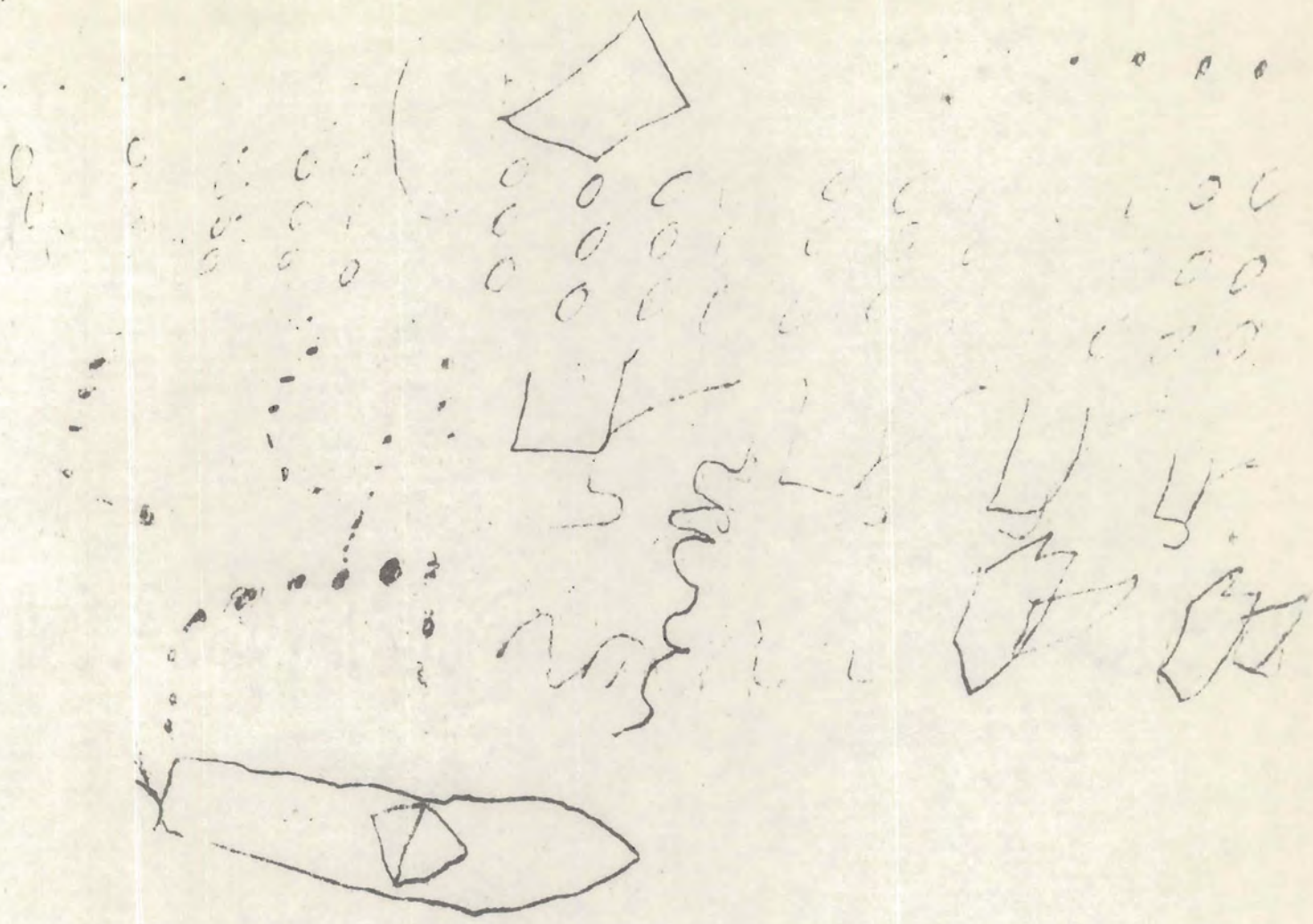


Esthela Patricia: Expansión, modificación de ángulos, curvas y rectas, rotación, regresión y perseveración. Nótese además - la falta de orden. Edad: 7 años.

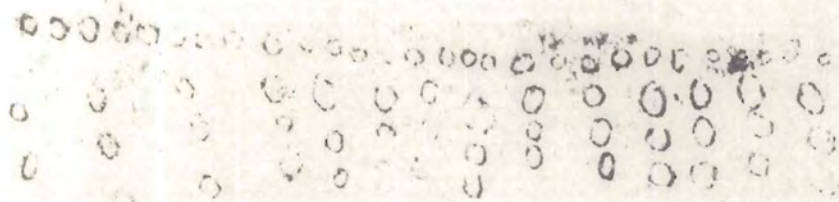
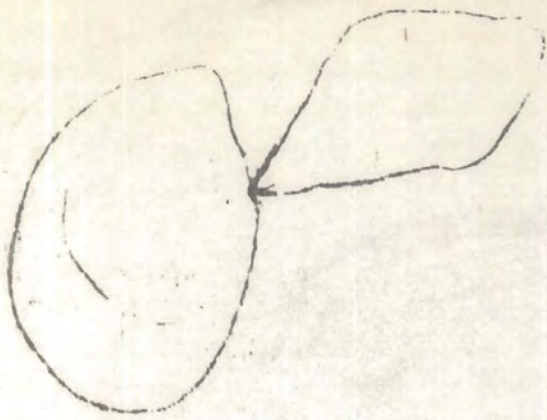




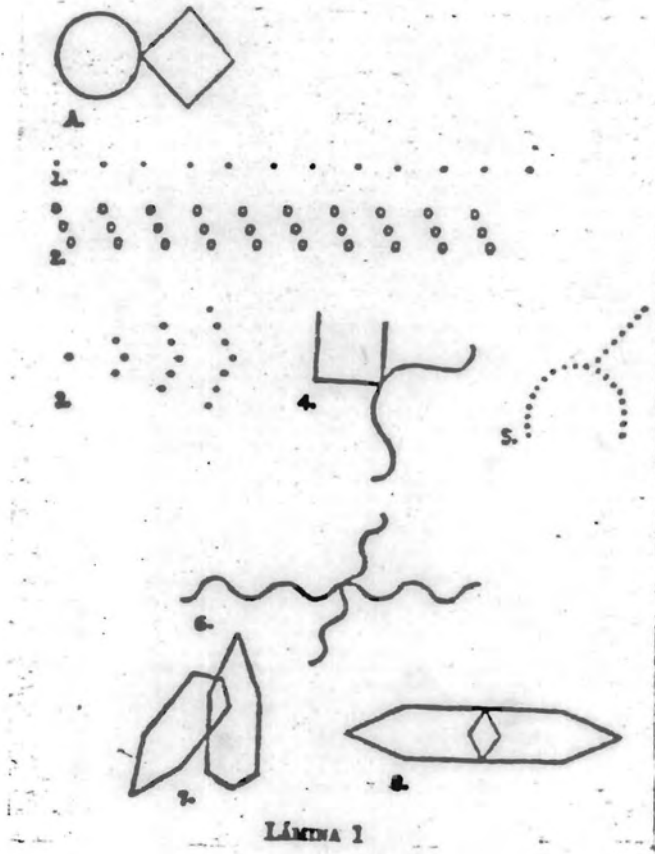
Carlos Alberto, de 9 años de edad: Realizó el Test con mucha dificultad. En él son notables el mal uso del espacio, la severidad en las líneas, la fragmentación y la modificación de rectas, curvas y ángulos, además de la regresión y la rotación.



Ramón, de 8 años de edad: Contricción, perseveración, dificultad en ángulos, curvas y cierres; cohesión, destrucción de la gestalt e incoordinación visomotriz, notable en todos los casos de disfunción cerebral originada por trastornos sensorio-perceptivos y sensoriomotores.



Teresa, de 13 años de edad: Trastornos en el aprendizaje y de conducta. Se nota inmediatamente la irregularidad en los trazos y se significan los aspectos tantas veces mencionados con anterioridad y que son comunes a todos los niños que dieron origen a este trabajo.



Tomado del "Test Gestáltico Visomotor" de L. Bender.

CUADRO DE NORMAS DE MADURACION

(Maduración, retardo, regresión)

INFORME

Años	Figura A	Figura 1	Figura 2	Figura 3	Figura 4	Figura 5	Figura 6	Figura 7	Figura 8
Adulto	100%	25%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11 años	95%	95%	65%	60%	95%	90%	70%	75%	90%
10 años	90%	90%	60%	60%	80%	80%	60%	60%	90%
9 años	80%	75%	60%	70%	80%	70%	80%	65%	70%
8 años	75%	75%	75%	60%	80%	65%	70%	65%	65%
7 años	75%	75%	70%	60%	75%	65%	60%	65%	60%
6 años	75%	75%	60%	80%	75%	60%	60%	60%	75%
5 años	85%	85%	60%	80%	70%	60%	60%	60%	75%
4 años	90%	85%	75%	80%	70%	60%	65%	60%	60%
3 años	----- Garabato -----								

Resumen de las respuestas para cada año, en los niños en desarrollo. Este cuadro puede emplearse como una escala para determinar el nivel de maduración de los niños hasta los 11 años y adultos deficientes mentales (evalúa la maduración, el grado de retardo o regresión). El porcentaje de niños capaces de dar el tipo de respuesta deseado, o de superarlo, se indica en el ángulo superior izquierdo de cada casillero.

1. ANEXO: Psicología de la mente avanzada (capítulo 10)

4.2.2. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN.

Usado con bastante frecuencia, y tal vez demasiado usado por nosotros, es el Test de Raven, que se ha convertido en el medio más fácil de encontrar el nivel de inteligencia en los niños y en los adultos.

El test de Raven para niños está compuesto por dos partes: un cuadernillo, en el que se hallan impresos dibujos que gradualmente se van complicando, dispuestos en tres series de 12 reactivos cada una, y de un protocolo de la prueba, en el cual se anotarán las respuestas. Puede aplicarse en forma individual o colectiva y el tiempo máximo de duración que emplean los niños para resolverlo no sobrepasa de los 15 minutos, habiendo algunos que lo hacen en 7 u 8 minutos. El cuadernillo consta de 36 reactivos, distribuidos en la forma señalada arriba y las series están señaladas con letras A, AB, B. Para cada reactivo el sujeto debe realizar una serie de operaciones mentales y algunos piensan que ello depende de la personalidad del mismo sujeto.

Esta prueba nos da no solo un aspecto cuantitativo sino cualitativo en el diagnóstico de la capacidad intelectual. El cuantitativo cuando ubicamos al sujeto según percentil y rango, y el cualitativo cuando analizamos cada uno de los resultados logrados por columnas:

Para la resolución de la Serie A, se requiere una inteligencia de tipo práctico.

La Serie AB, requiere de capacidad de análisis y síntesis y facultad para integrar una estructura.

Para resolver la serie B, se necesita inteligencia práctica al principio y pensamiento teórico en algunas láminas.

En general se puede decir que el Raven puede ser de gran utilidad para el diagnóstico de inteligencia teórico-práctica y que la falla en cualquiera de las series puede revelar conflicto del sujeto en estas áreas.

La forma de administración o autoadministración es sumamente fácil. Se presentan el cuaderno y el protocolo (lápiz y goma a la vez), se le pide al sujeto que anote sus datos de identificación, después se le dice: "Abre tu cuaderno en la primera página. En la parte superior está la letra "A", que corresponde a la serie que en la columna de la hoja de respuestas está indicada con la misma letra. Fíjate que el número "1" coincide con la numeración de la izquierda de cada columna. Aquí tienes un tapetito o pedacito de tela, al que le falta una parte, dime: ¿Qué pedacito de los que están abajo le falta al tapetito para que quede completo?. Se ensaya, y si el niño acierta en el primero se le pide que continúe con el segundo, de lo contrario el segundo servirá también como ejemplo. Cuando el niño ha entendido bien la orden se le pide que continúe de la misma forma con todos los reactivos de la prueba.

El problema de la calificación se resuelve fácilmente recorriéndose a las tablas correspondientes, se buscan las discrepancias y se anotan el percentil, el rango y el diagnóstico.

4.2.3. LA ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS DE WECHSLER.

Es la prueba de máxima confiabilidad, y que a veces por falta de tiempo se tiene que aplicar en dos o más sesiones, se le conoce como "la prueba más completa", ya que más que una prueba es una batería de pruebas.

El W. I. S. C., como también se le denomina, consta de 6 pruebas verbales, 5 de ejecución y dos más suplementarias.

Esta prueba se aplica en forma individual pues en muchos de los subtests, se necesita cronómetro y además es indispensable anotar cada una de las respuestas para después valorizarlas de acuerdo con las reglas y guiones de aplicación. Su-

calificación está basada en tablas especiales y se ha estandarizado para su aplicación con niños mexicanos.

- 1.- Comprensión.....14 reactivos
- 2.- Aritmética.....16 reactivos
- 3.- Semejanzas.....16 reactivos
- 4.- Retención de Dígitos.....17 reactivos
(Progresiva en Inversa) (Suplementaria)
- 5.- Vocabulario.....40 reactivos
- 6.- Información.....30 reactivos

PARTE EJECUTIVA:

- 1.- Completamiento de figuras.....20 ítems
- 2.- Ordenamiento de figuras..... 7 ítems
- 3.- Diseño con cubos..... 7 ítems
- 4.- Ensamble de objetos..... 4 ítems
- 5.- Símbolo de figuras.....50 ítems
(para menores de 8 años y deficientes).
- 6 bis.- Símbolo en dígitos.....100 ítems
(mayores de 8 años)
- 7.- Laberintos..... 8 reactivos

(suplementaria)

Creemos que la Escala de Inteligencia de Wechsler, puede emplearse con confianza para estudiar el nivel de inteligencia en niños orgánicos, es más encontramos algunas similitudes en los resultados de dicha prueba con la de Goodenough.

No así, Strauss, señala que "Rabin y Cuertin, hicieron una revisión bibliográfica sobre los distintos intentos realizados con el fin de descubrir índices diagnósticos objetivos en el WISC, fracasaron en demostrar su validez y seguridad como instrumento para la detección de un defecto orgánico".

Sería interesante que estudios posteriores comprobaran mediante el uso de esta prueba el valor diagnóstico de las disfunciones cerebrales, o de lo contrario negarán su validez en este campo.

4.2.4. LA PRUEBA DEL DIBUJO DEL HOMBRE DE FLORENCE GOODENOUGH.

Está basado en el principio de que "el niño dibuja lo -- que sabe y no lo que ve. Su administración es sencilla, pues basta invitar al niño a dibujar un hombre completo, lo mejor que pueda".

El dibujo se valora de acuerdo con los detalles que el sujeto aporte, y la autora ha señalado 47, aunque ahora se ha hecho más extensa la lista.

Es utilizado con éxito con niños de 2 a 14 años.

He aquí los datos más indispensables para cada dibujo:

- 1.- El hombre tiene cabeza.
- 2.- Tiene dos piernas.
- 3.- Tiene dos brazos.
- 4.- Presenta el tronco claramente reconocible.
- 5.- El tronco es más alto que ancho.
- 6.- Están indicados los hombros.
- 7.- Se distingue la unión de los brazos y las piernas - al cuerpo.
- 8.- Los puntos de unión de los mismos están en el lugar que les corresponde.
- 9.- El hombre posee cuello.
- 10.- El contorno del cuello continúa el contorno de la cabeza y del tronco.
- 11.- Tiene ojos.
- 12.- Tiene nariz.
- 13.- Tiene boca.
- 14.- Nariz y boca proporcionadas. Se distinguen los labios.
- 15.- Se distinguen los orificios de la nariz.
- 16.- Cabello.
- 17.- El cabello debe ser bien visible y enmarcar la cabe-

za.

18. El hombre lleva un traje (son suficientes pocos elementos, como un sombrero y botonadura).

19. Por lo menos, dos partes del vestido no son transparentes, es decir, no dibujadas después del cuerpo y superpuestas de tal manera que se distingan las líneas posteriores.

20. Todo el traje no está superpuesto.

21. Por lo menos se distinguen dos prendas de vestir.

22. Todo el traje se presenta sin absurdidades.

23. El hombre tiene dedos.

24. El número de los dedos es exacto.

25. Los dedos son más largos que anchos.

26. Se distingue el pulgar.

27. La mano está separada de los dedos y de los brazos.

28. En alguna parte del dibujo se indican los detalles -- del codo, del hombro y de la muñeca.

29. Lo mismo en cuanto a los detalles de las piernas.

30. Proporción cabeza-tronco casi exacta.

31. Brazos largos como el tronco por lo menos, pero no -- más del doble del tronco.

32. Pies con una longitud aproximada, correspondiente a -- un tercio de la pierna.

33. Piernas tan largas por lo menos como el tronco, pero -- no más del doble.

34. Longitud y anchura de los miembros muy proporcionados.

35. Se reconoce el talón.

36. Calidad del trazo, firmeza y claridad.

37. Adecuado contorno de la cabeza.

38. Contorno del tronco.

39. Otros detalles.

40. El hombre tiene orejas.

41. Su posición es correcta.

42 a 45. Detalles de los ojos: cejas, pupilas, pestañas proporcionadas, mirada.

46. Se reconocen la frente y el mentón.

47. El mentón está proyectado hacia adelante y claramente separado del labio inferior.

Hasta aquí la lista de detalles que menciona Goodenough.

Para la calificación se acostumbra dar la validez de tres meses a cada detalle, de tal manera que cuatro detalles nos darán un año de madurez intelectual.

Para encontrar el coeficiente intelectual basta regirnos por la fórmula:

$$C. I. = \frac{\text{Edad Mental (meses)}}{\text{Edad Cronológica (meses)}}$$

La autora recomendó el siguiente cuadro de equivalencias:

2 puntos:	3 años	18 puntos:	7 años	38 puntos:	12 a
6 puntos:	4 años	22 puntos:	8 años	42 puntos:	13 a
10 puntos:	5 años	26 puntos:	9 años		
14 puntos:	6 años	34 puntos:	11 años		

El Test de la Figura Humana, es usado ampliamente en Clínica, al decir de Strauss, quien menciona a L. Bender como una de las investigadoras que obtuvieron resultados positivos en la aplicación del mismo para detectar señales de procesos cerebrales en los estados post-encefálicos y otras condiciones orgánicas. "Una edad mental del Goodenough dos o más años por debajo del nivel de la edad mental del Binet, es considerada altamente sugestiva de lesión orgánica cerebral".

Benton y Collins, mencionados también por Strauss dicen que "el test de Goodenough contribuye en forma positiva a detectar la lesión cerebral en alrededor del 50 % de los casos vistos en el consultorio, pero no presentaron ninguna evidencia objetiva, que apoye sus aseveraciones".

Este test puede ser complementado mediante la interpreta

ción dinámica recomendada por Machover.

Adelante podemos observar dibujos realizados por niños - con disfunción cerebral mínima, siendo muy notable la diferencia entre éstos y los de niños normales.

4.2.5. EL TEST "CASA, ARBOL, PERSONA" DE BUCK.

Se le conoce también como el H. T. P. (por las iniciales de las palabras inglesas: house: casa, tree: árbol, person: - persona), elaborado por Buck en 1948, se basa en la interpretación de los dibujos de las tres figuras que lo forman. Su administración es sencilla y su interpretación puede realizarse de dos formas: tomando en cuenta los datos que aporte el sujeto en cada dibujo o psicodinámica para la cual se requiere de una mayor experiencia.

Lo anterior convierte este test en proyectivo, para lo cual es necesario realizar una serie de preguntas, por ejemplo sobre la persona se interroga si es hombre o mujer, edad, qué hace, a dónde va, qué piensa en este momento, etc. Del árbol se interrogará sobre su especie, edad, lugar en donde crece, altura, si forma parte del grupo, etc. De la casa interesa el número de pisos, material, propietario, deseos respecto de ella, lugar en donde está, si le gustaría vivir en ella, con quien le gustaría vivir, etc.

Los principios básicos para la evaluación de este test, se basan en los mismos que Florence Goodenough pidió para sus dibujos del hombre, refiriéndonos a la persona. Con relación al árbol, su valoración e interpretación se basan en el test que lleva este nombre para las cuales es necesario tomar en cuenta los elementos que siguen:

1. Tronco filiforme de un solo trazo.
2. Ramas rectas.
3. Ramas horizontales.
4. Arboles en forma de cruz.

5. Colocación de partes en forma adecuada.
6. Arbol en forma de disco.
7. Ramas que nacen de la parte inferior del tronco.
8. Ramas aisladas que nacen en la parte inferior del tronco.
9. Tronco cerrado por arriba sin o con poca ramificación.
10. Tronco que se cierra en forma horizontal.
11. Base del tronco apoyada sobre el borde inferior de la hoja.
12. Base del tronco comenzando con trazos paralelos y no ligeramente inclinados o redondeados de las partes superiores.
13. Desarrollo desproporcionado de las partes superiores.
14. Tronco que presenta un desarrollo acusado.
15. Raíces.
16. Estereotipia.
17. Posición del árbol en el plano.
18. Elaboración o detalles decorativos (hojas, flores, frutos).

Se puede decir que hay tantas variaciones de dibujos de árbol como individuos. Koch (1949), por ejemplo, ha examinado todos los detalles posibles, estudiándolos en centenares de casos y distribuyendo las variaciones en porcentajes, según la edad de los sujetos examinados.

La casa puede también aportar una serie de datos como pueden ser: dibujarla en forma despreciativa, ventanas asimétricas, pequeñas y cerradas, chimenea sin su fuego habitual, una puerta minúscula y semioculta, un ejemplo general de cárcel o presiva y un mayor cuidado en el ambiente.

Se han escogido estos tres dibujos porque son temas que se repiten en los dibujos infantiles ya que constituyen los puntos principales de contacto con el mundo.

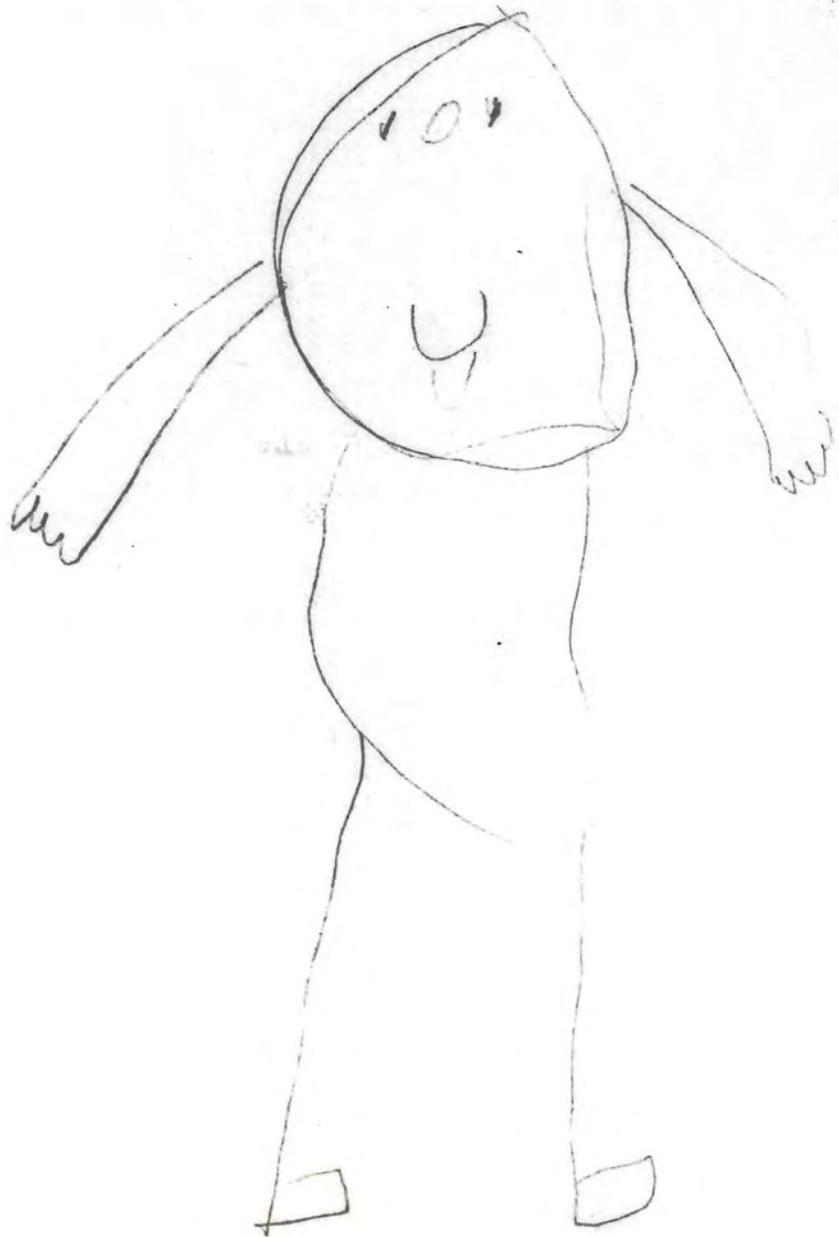
Carlos G., de 6.5 años de edad con disfunción cerebral - afínica, trastornos sensoperceptivos, dificultad para adquirir la lecto-escritura. Su madre de carácter fuerte maltrata frecuentemente al niño por ser necio, terco y tonto, el niño (según el último informe), repitió nuevamente el primer año (2 veces). Ha sido llevado al servicio de psiquiatría directamente. El psiquiatra pidió se le practicaran pruebas psicológicas para fundamentar el diagnóstico. Sin embargo, el EEG revela ondas normales. Su inteligencia es normal torpe y el mayor ingrediente es de carácter emocional.

Carlos es un niño cargado de tensión y de ansiedad. La madre es una persona agresiva quien al no ver en tres meses - resultados positivos retiró al niño de la consulta psiquiátrica. En ocasión posterior, se le hizo ver la necesidad de que el niño fuera controlado médicamente y de que el niño recibiera tratamiento psicoterapéutico. La madre rechazó las propuestas y no ha vuelto al Centro de Salud.

En este caso esperamos que Trabajo Social cumpla visitando este hogar, que seguramente estará mal estructurado y con venza a la mamá, para que acuda al Servicio de Higiene Mental nuevamente.

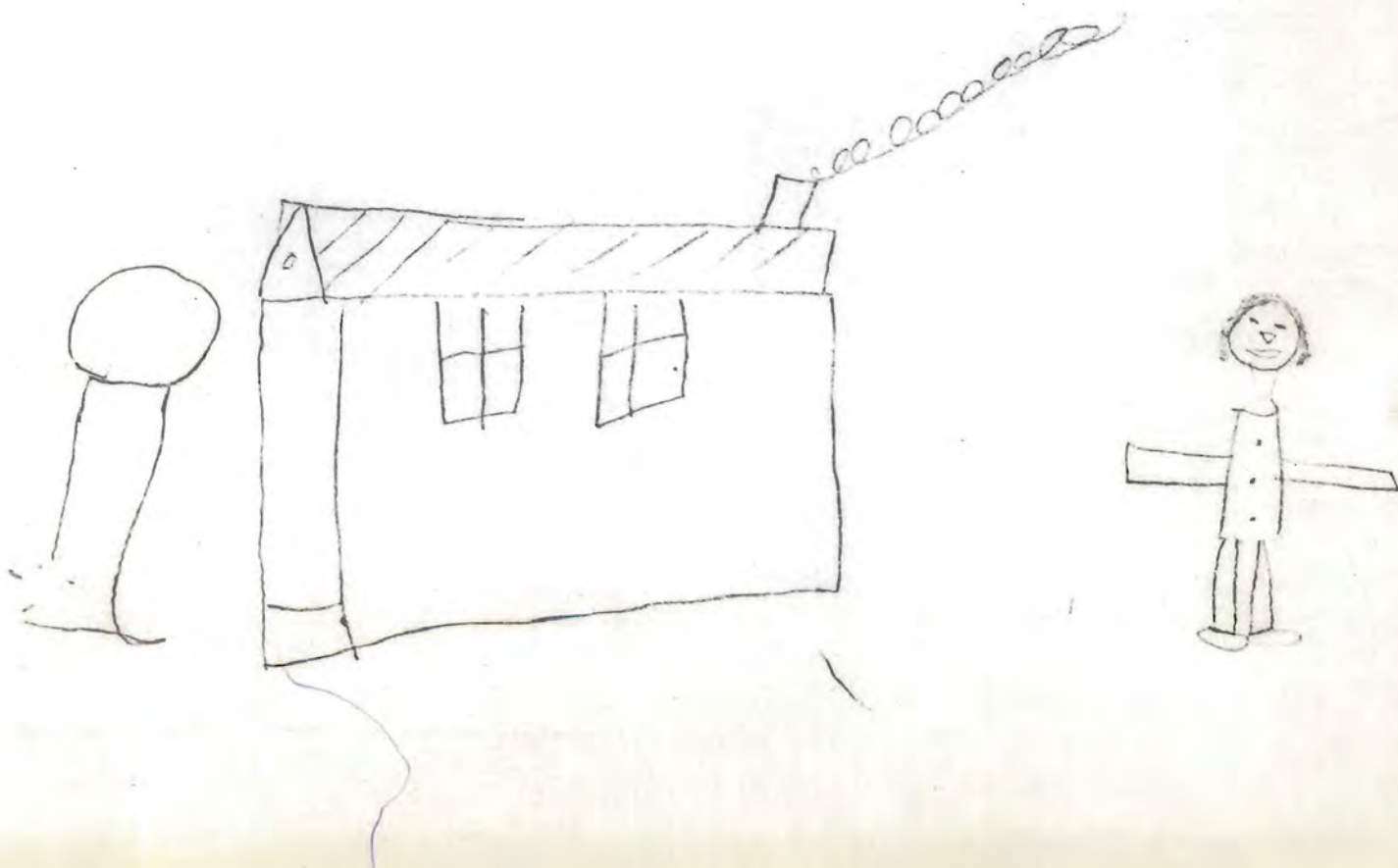


Benjamín C., 7 años de edad y Cociente intelectual de 73 en cuyo dibujo se nota inmediatamente la inmadurez emocional, intelectual y los trastornos visomotrices. El síndrome de disfunción cerebral está asociado a debilidad mental media, pues el niño se vale perfectamente por sí mismo, pero ha tenido dificultades en el aprendizaje.



Maribel J., de 3 años, egocentrista y dependiente, con necesidad de afecto, soñadora y fantasiosa, con disfunción cerebral e inteligencia normal, su dibujo muestra inmadurez emocional, síntoma manifiesto en todos los niños con daño cerebral.

En no pocas ocasiones se ha tenido que recurrir al Test de la Casa-Persona-Árbol, dándole desde luego una interpretación dinámica, basados en las características de cada uno de los dibujos. En la mayoría de los casos esta técnica proyectiva nos ha ayudado enormemente para conocer un poco mejor a -- los niños y su dinámica familiar pues es altamente reveladora de los múltiples problemas hogareños y sobre todo de las relaciones entre los padres y nuestros pequeños pacientes.



Susana Amada T., de 8 años, con un coeficiente intelectual de 87 y daño cerebral asociado a trastornos de tipo emocional, provocados por el falso concepto que tiene de sí misma debido al mal trato que recibe de sus progenitores. Síndrome de disfunción cerebral, asociado al síndrome de niña golpeada.

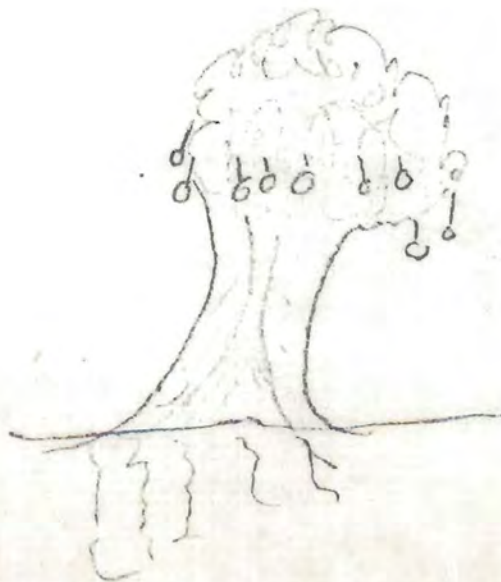
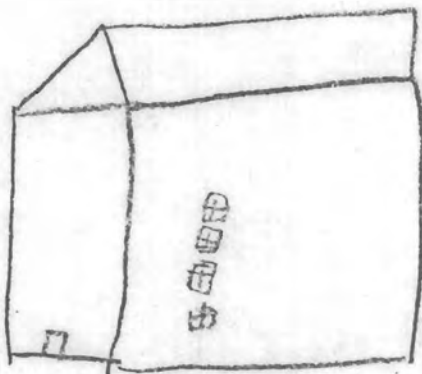
Frecuentemente hemos tenido necesidad de dar una interpretación dinámica al dibujo de la figura humana sobre la base que toda persona, niño o adulto representa en ella su propio cuerpo para lo cual hemos recurrido a la Prueba de Machover.

La interpretación basada en los distintos rasgos de la figura parte de la observación directa al sujeto que dibuja, hasta la interpretación ya de todos conocida de cada uno de los rasgos y partes del cuerpo humano.

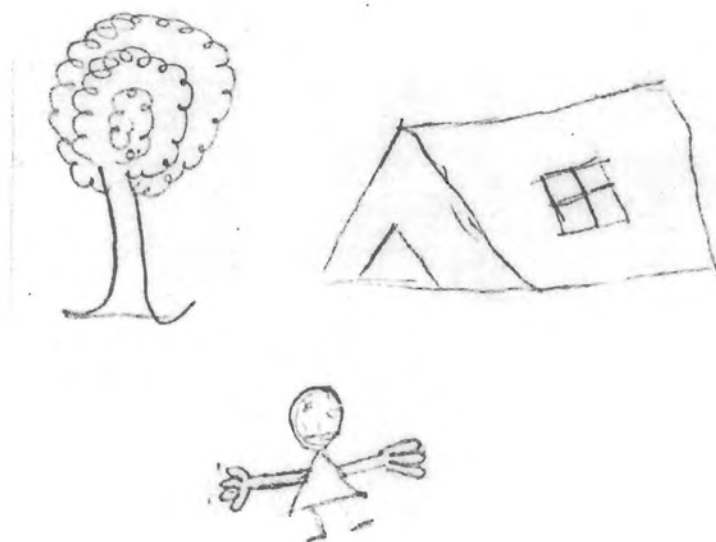
Conviene hacer notar aquí, que no somos tan estrictos en la interpretación y solo tomamos en consideración los aspectos más sobresalientes, mismos que nos servirán en el tratamiento psicoterapéutico.



Alfredo M., de 9 años de edad. Niño deprimido, fantasioso, con una vida interior profunda. Fecundo, inteligente, pero reprimido, hiperquinético, con inestabilidad emocional y - labilidad. Respondió perfectamente a las pruebas de inteligencia, obteniendo un I. Q. de 102, sin embargo no aprende (digo no aprendía). Sometido a tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, cursa ya en 2/o. año, con buen rendimiento escolar.- Ha sido dado de alta y se pidió a la madre que solo en caso de reincidencia tornara al Servicio.



Todos los niños con disfunción cerebral son maltratados-injustamente, por lo que considero que, como Esteban T., de 9 años de edad, todos dibujan la figura humana con los brazos abiertos como esperando el afecto que tanto necesitan, o la misma figura pequeña en señal de minusvalía, debido a las comparaciones, ridiculizaciones y demás castigos morales o físicos, y muy abajo además, en señal de depresión, de esa tristeza incomprensida que casi llega a la melancolía tan propia de la raza azteca. Es notable también la gran ansiedad que todos los dibujos exhiben y muchos de ellos la vida íntima profunda que busca realización en los sueños y en las fantasías.



4.2.6. EL TEST DEL DIBUJO DE LA "FAMILIA" DE F. MORINO ABBELE.

Su técnica de aplicación no es más difícil que cualquier otro test basado en los dibujos. Se invita al niño a que dibuje, con lápices negros o de colores, a los componentes de su núcleo familiar, evitando, como de costumbre, proporcionar de lucidaciones que puedan influir sobre la espontaneidad del dibujo. Debe realizarse sobre papel blanco más bien grande, --- pues hay que tomar en cuenta la posición de las figuras. Este test no debe de tomar en cuenta la "hermosura de las figuras" y debe tomar en consideración algunos aspectos como: situa---ción del dibujante en la familia (edad del sujeto), tamaño de las figuras, orden de los progenitores, adornos que simboli---cen poder, la exclusión de algunos de los miembros de la fami---lia y por último la inclusión de personas que no pertenezcan a la misma.

Conviene ser prudente en la interpretación de esta prueba pues como la anterior los datos que parecen claros pueden tener un significado completamente opuesto, pues la mente del niño trabaja con símbolos.

4.2.7. EL METODO DE EVALUACION DE LA PERCEPCION VISUAL DE MARIANNE FROSTIG.

Consta de cinco pruebas:

I.- Coordinación motora de los ojos. "Trazado continuo - de líneas rectas, curvas o anguladas entre límites de diferen---tes grosores o de un punto a otro sin líneas guías".

II.- Discernimiento de figuras. "Cambios de la percepción de los dibujos, con fondos progresivamente más complejos. (Fi---guras geométricas e intersección u ocultas)".

III.- Constancia de forma. Reconocimiento de figuras geo---

métricas en una gran variedad de tamaños, matices, texturas y posición en el espacio y su diferenciación con otras figuras, (círculos, rectángulos, cuadrángulos, elipses y paralelogramos).

IV.- Posición en el espacio. "Diferenciación de trastrueques y de figuras que se presentan en series, (dibujos esquemáticos)".

V.-Relaciones espaciales. Análisis de patrones y formas sencillas que consisten en líneas de diversos ángulos que el niño deberá copiar usando puntos como guía.

Este test se usa con niños de pre-primaria y hasta de 7-años 11 meses. Las indicaciones para su aplicación son sencillas, pero especiales para cada subtest, pudiendo aplicarse en forma individual y colectiva. Las indicaciones están en relación directa con cada parte, pero lo que sí debe aclararse y recalcarse a cada momento es que no separen la punta del lápiz del trazo que están haciendo.

Terminada la prueba se realiza un escrutinio y después el cómputo. Se anotan en un cuadro las puntuaciones naturales, los equivalentes de edad y las puntuaciones de escala para obtener así el coeficiente de percepción.

Como su nombre lo indica, resulta obvio mencionar que esta prueba sirve para detectar las dificultades que enmarca toda disfunción cerebral como són: a) la falta de coordinación-óculo-manual, que está en relación con las dificultades para adquirir la lectoescritura; b) la dificultad para discriminar figura-fondo y c) los problemas para analizar las relaciones-espaciales.

La Dra. Frostig nos dice que si el coeficiente perceptual es inferior a 90, el niño necesita entrenamiento motor (o visual especializado).

Las revisiones actuales sugieren un entrenamiento motor, para lo cual se han elaborado programas que pueden mejorar --

grandemente la capacidad de los niños, no solo en relación --
con las respuestas a la prueba de Frostig, sino en general.

5. RESULTADOS OBTENIDOS.

Uno de los resultados más sorprendentes, que se obtuvieron es el que se refiere a la coincidencia entre los trastornos de conducta y la llamada hiperquinesia. Ya se dijo anteriormente, que de los 259 casos tomados al azar de entre más de 500 niños, 185 obtuvieron resultados positivos al evaluarse las pruebas antes mencionadas. Desgraciadamente no pudieron incluirse todos los tests como eran nuestros deseos por lo cual solo incluimos algunos de ellos, pero a continuación presentamos algunos cuadros que muestran los resultados de los mismos:

En el primer cuadro se muestran los datos de errores en forma decreciente, para ver cuales son los errores más frecuentes en los niños con disfunción cerebral mínima y el incremento de ese error en las diferentes edades.

Aquí se debe hacer notar el hecho de que la mayor parte de los errores se acumulan en el centro, en los niños de 7, 8 9 y 10 años, esto se debe posiblemente a que este período es la edad crítica de los niños, una etapa adaptativa en primer lugar a la escuela y por otro, hacia finales de la infancia y una nueva adaptación, por los cambios que implica la pre-pubertad o si se quiere la pre-adolescencia.

En el segundo cuadro se muestran los casos que resultaron con disfunción cerebral mínima y el coeficiente intelectual o tipo de inteligencia que tienen los mismos.

Aquí lo interesante fue que muchos niños hiperquinéticos con lesión cerebral mínima obtuvieron coeficiente intelectual correspondiente a un niño normal y algunos resultaron con inteligencia superior. Esto significa que los trastornos de conducta no van asociados a la deficiencia mental. Claro está, haciendo la aclaración de que en la mayoría de los casos si hubo debilidad mental (media y superficial).

Como se notará, todos los casos quedaron clasificados, y

los propósitos se cumplieron, pero ya habrá estudios posteriores que exploren este aspecto con mayor profundidad.

La ojiva es una curva normal con tendencia hacia el término medio e inferior al mismo, ya que fueron 49 sujetos con D. M. media, 88 con inteligencia casi normal (D. M. superficial), y 43 con inteligencia normal y superior.

SEGUN LA DISPOSICION DE LOS DATOS SE INDICA PRIMERO EDAD
 DESPUES EL NUMERO DE CASOS EN CADA EDAD Y ABAJO EN FORMA DE--
 CRECIENTE LOS ERRORES COMETIDOS EN EL B.G. AL FINAL APARECEN-
 LOS PORCENTAJES:

EDAD:	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL:	%:
CASOS:	5	10	29	40	36	46	43	27	21	1	1	259	
Regresión	7	6	20	35	36	36	35	21	16	1	1	214	9.95
Modificación/curvas	5	7	26	30	30	41	36	16	15	1	1	203	9.67
Modific./ángulos	5	7	15	30	30	42	37	16	15	1	1	199	9.26
Líneas severas	4	4	6	6	22	30	31	21	16	1	1	142	6.60
Incoordin. Visomotr.	5	5	10	18	23	24	27	11	12	1	1	137	6.37
Simplificación	2	1	15	21	22	27	19	13	9	1	0	130	6.04
Reducción	1	6	4	14	14	24	21	17	12	0	0	113	5.25
Rotación/tarjeta	5	5	11	15	26	15	16	8	10	1	1	113	5.25
Fragmentación	5	5	20	20	21	17	7	8	6	1	1	111	5.16
Modificación total	5	6	7	18	16	17	26	5	7	1	1	109	5.07
Rotación/hoja	5	6	7	15	25	14	15	7	9	1	1	105	4.88
Aplanamiento	0	0	17	18	11	21	19	8	7	0	1	102	4.74
Perseveración	5	3	16	11	9	12	8	3	2	1	0	70	3.25
Dificultad/cierres	5	5	5	8	9	4	9	10	8	1	0	64	2.97
Contricción	1	3	5	5	8	11	9	4	8	1	1	56	2.60
Expansión	4	5	2	8	5	9	13	8	0	0	0	54	2.51
Mal uso de espacio	1	2	2	1	12	10	9	3	3	0	0	43	2.00
Colisión	1	4	2	8	1	9	3	7	3	1	1	40	1.86
Orden caótico	5	2	5	0	3	7	3	1	0	1	0	27	1.25
Dificultad/cruces	5	2	4	4	0	1	1	2	2	1	0	23	1.07
Distorsión	5	3	0	5	0	2	6	0	0	1	0	22	1.02
Orden irregular	0	3	2	6	1	2	3	1	0	0	0	18	0.83
Sobreposición	0	0	7	0	3	1	1	0	1	1	0	14	0.65
Aumento en Figs.	3	3	0	2	0	1	1	0	0	0	1	11	0.51
Dificultad/curvas	1	0	2	0	0	1	2	2	1	1	0	10	0.46
Elaboración	0	1	0	3	0	1	1	1	1	1	0	9	0.41
Vaguedad/bosquejos	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0.23
TOTAL DE ERRORES:	88	94	210	301	327	830	358	193	163	20	14	2149	--
PORCENTAJE:	4.09	4.37	9.77%	14.00	15.21	17.68	17.65	8.98	7.58	0.93	0.65	---	--
SIN RESPUESTA:	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	--
PROMEDIO DE ERRORES:	79.59												
ERRORES POR ALUMNO:	8.29												

CUADRO NUMERO 2.

LA DISPOSICION DE LOS DATOS ES LA MISMA QUE EN EL CUADRO ANTERIOR Y COMPRENDE LOS RESULTADOS DEL B. G. APLICADO A UN GRUPO DE NIÑOS DE PRIMERO A SEXTO AÑO QUE NO HAN TENIDO PROBLEMAS DE CONDUCTA NI DE APRENDIZAJE:

EDAD:	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL:	%:
NUMERO DE CASOS:	4	10	6	8	6	9	10	4	1	58	---
Modific. en ángulos	2	7	5	7	3	4	6	0	0	34	14.97
Reducción	2	5	2	6	2	5	8	3	0	33	14.53
Regresión	3	4	2	5	2	4	4	1	0	25	11.01
Líneas severas	0	2	3	4	0	3	3	2	1	18	7.92
Modific. en curvas	2	2	4	3	0	3	2	0	0	16	7.04
Rotación de figuras	2	5	2	1	1	1	3	1	0	16	7.04
Simplificación	3	7	1	1	1	0	0	0	0	13	5.72
Aplanamiento	2	2	2	2	0	3	0	1	0	12	5.28
Modific. de figuras	1	7	2	0	0	0	0	0	0	10	4.40
Fragmentación	0	2	2	1	0	1	2	0	0	8	3.52
Dificultad en cierres	3	2	1	0	1	0	0	0	0	8	3.52
Expansión	0	0	2	0	1	1	1	0	1	6	2.64
Perseveración	2	2	0	0	0	1	0	0	0	5	2.20
Colisión	0	2	2	0	0	1	0	0	0	5	2.20
Contricción	0	0	2	0	0	2	0	0	0	4	1.76
Mal uso de espacio	0	1	0	0	1	1	1	0	0	4	1.76
Límite de figuras	0	1	0	2	0	0	1	0	0	4	1.76
Dificultad en cruces	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0.88
Orden irregular	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0.88
Rotación de tarjeta	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.44
Dificultad en curvas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.44
TOTALES:	23	51	34	32	15	31	31	8	2	227	---
PORCENTAJES:	10.13	22.46	14.97	14.00	6.60	13.65	13.65	3.52	0.88	---	---
PROMEDIO DE ERRORES:	10.80										
ERRORES POR ALUMNO:	3.91										

Como se notará, no hubo: Incoordinación visomotriz, orden caótico, distorsión, sobreposición, aumento de figuras, e laboración, ni vaguedad en los bosquejos.

62 a.

El dato que se agrega corresponde seguramente a trastornos de tipo emocional (Límite de figuras), que puede deberse a problemas de origen adaptativo.

CUADRO NUMERO 3.

LOS DATOS ESTAN DISPUESTOS DE LA SIGUIENTE FORMA:

La primera columna indica la edad de los sujetos, (E).

La segunda columna los niños sin disfunción cerebral mínima, (S/DC).

La tercera columna los niños con disfunción cerebral mínima (C/DC).

La cuarta columna los niños con disfunción cerebral mínima y debilidad mental media, (D.M.M.).

La quinta columna los niños con disfunción cerebral mínima y debilidad mental superficial, (D.M.S.).

La sexta columna los niños con disfunción cerebral mínima e inteligencia normal, (N.I.N.).

E	S/DC		C/DC		D.M.M.		D.M.S.		N.I.N.		TOTALES:	
	H--M	H--M	H--M	H--M	H--M	H--M	H--M	H--M	H--M	H--M	H--M	H--M
4	1	0	3	1	0	1	1	0	2	0	4	1
5	1	2	4	3	1	0	1	0	2	3	5	5
6	7	1	12	9	0	2	7	3	5	4	19	10
7	4	4	26	6	1	2	14	2	10	2	30	10
8	2	3	19	12	2	3	12	7	7	2	21	15
9	10	3	20	13	6	6	10	7	2	0	30	16
10	8	3	16	16	5	5	5	9	6	2	24	19
11	14	1	8	4	5	2	3	2	0	1	22	5
12	7	3	4	7	4	2	0	5	0	0	11	10
13	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
14	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL:	56	20	113	72	25	24	53	35	34	14	167	92
%:	37.06		71.42		26.68		47.56		25.94			

Hay que hacer notar, que de los 259 casos tomados, 185 - de ellos o sea el 71.43% resultaron con disfunción cerebral mínima.

De los niños con disfunción cerebral mínima 113 fueron - hombres y 72 mujeres, lo que demuestra que es más frecuente - este mal en los niños que en las niñas, en proporción de un - 61.08% para los hombres y el 38.92% para las mujeres.

Los resultados demuestran a su vez, una mayor incidencia en los niños en edad escolar primaria que en la edad pre-escolar y secundaria.

CUADRO NUMERO 4.

Este cuadro muestra los resultados obtenidos en las pruebas de inteligencia aplicadas a los mismos niños mencionados en el cuadro número 2, cuyos coeficientes intelectuales oscilan entre 75 y 113. Se les ha clasificado como Superiores --- (SUP.), Superiores al Término Medio (SUP. al T.M.), Término Medio (T.M.), e Inferiores al Término Medio (INF. al T.M.).

EDAD	SUP.		SUP. al T.M.		T. M.		INF. al T.M.		TOTALES:	
	H--M		H-----M		H----M		H-----M		H-----M	
6	1	0	1	2	0	0	0	0	2	2
7	1	0	2	4	1	2	0	0	4	6
8	0	0	0	0	2	2	0	2	2	4
9	0	0	0	0	2	2	3	1	5	3
10	0	0	0	0	3	2	0	0	3	2
11	2	1	1	1	1	3	1	0	5	5
12	0	0	0	1	4	2	3	1	7	4
13	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2
14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL:	4--1		4 ---- 8		14---16		7 ---- 2		29 --- 29	
%:	8.62		20.68		51.72		15.51		-----	

Como se nota los resultados marcan una curva normal en su distribución y la positividad de los mismos muestran que los niños explorados intelectualmente se distinguen perfectamente de los ya mencionados y que padecen disfunción cerebral.

Lo único que falta por agregar es que la muestra fue elegida al azar y como único requisito que se pidió a los profesores para la designación de los niños consistió en seleccionar aquéllos que jamás habían presentado trastornos de conducta ni problemas de aprendizaje, es decir, sujetos diferentes a aquéllos que dieron origen a la primera muestra.

6. ENSAYO SOBRE UN PLAN DE TRABAJO PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.

Ya que se han observado los diferentes síntomas y signos mencionados con tanta insistencia en capítulos anteriores, -- los padres y profesores deben enviar al niño a una institu-- ción en donde exista el Servicio de Salud Mental y donde a su vez le serán tomados sus datos principales: Fecha de nacimien-- to, procedencia, escolaridad, padecimiento actual y desarro-- llo psicomotriz.

Se puede decir que el tratamiento del niño empieza desde el momento en que es presentado en cualesquiera de las insti-- tuciones (S. S. A., I. S. S. S. T. E., I. M. S. S., I. M. ---- P. I., I. M. A. N., y otras).

Es obvio también mencionar que las causas por las que -- fue remitido, serán cualesquiera de las ya tantas veces men-- cionadas aquí y que como sabemos forman una larga lista, pero es más importante tomar nota del desarrollo psicomotriz, así-- como de los antecedentes prenatales, perinatales y postnata-- les, pues de ellos dependerá en gran parte el diagnóstico.

El Plan de Acción que proponemos es el siguiente:

1). Aplicación y evaluación de Pruebas Psicológicas, que pueden ser las descritas más arriba u otras que las institu-- ciones elaboren exprofeso.

2). Orientación a los padres de familia, sobre el trato-- que deben dar al menor, lo que debe hacerse sobre las bases-- que señale el diagnóstico.

3). Tratamiento medicamentoso de tipo psiquiátrico.

4). Evaluación Pediátrica, con el fin de descartar cual-- quier aspecto físico que pueda influir en el rendimiento y/o-- comportamiento del menor.

5). Psicoterapia, que procurará la adaptación del niño -- tanto a su medio ambiente escolar y familiar, como a su esta-- do patológico o anormal. Aquí es importante mencionar que las entrevistas con la familia con tendencia a armonizarla deben--

realizarse desde un punto de vista terapéutico y no nada más para informar.

6.- Educación especial, sobre todo en pequeños grupos en lo que pueda hasta cierto punto individualizarse la enseñanza y dar un poco de atención especial a todos y a cada uno de los niños.

6. 1. TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.

Todo tratamiento psiquiátrico, debe tener por finalidad principal, ayudar al niño con medicamentos, (generalmente --- tranquilizantes, antidepresivos, anticonvulsivantes y barbitúricos), para que controlen sus impulsos, es decir fijarlo un poco, disminuir su motilidad, para favorecer así la concentración, la atención y el aprendizaje.

El psiquiatra realiza la exploración neurológica y mediante ella establece el diagnóstico. Esta exploración comprende los doce pares craneales: el olfatorio, en la búsqueda de sensaciones olfatorias raras; el óptico, fondos oculares y campos visuales; el III, IV y VI, pares, para comprobar la acomodación y reacción de la pupila a la luz (para comparar el tamaño de ambas), ver movimientos extraoculares, nistagmo; el trigémino, para ver su función motora y sensorial, el facial (la función motora y el gusto), el auditivo, agudeza auditiva, lateralización; el glossofaríngeo y el neumogástrico o vago, - que nos dicen la madurez en habilidades para tragar, elevación de úvula y el reflejo nauseoso; el espinal, movimientos en los hombros, para finalmente examinar el hipogloso (movimientos de la lengua).

La exploración neurológica comprende también la exploración de la sensibilidad, del tacto, del dolor, de las vibraciones, posiciones y estereognosis, la discriminación sensitiva entre dos puntos, así como de los reflejos de Babinski, de Moro, patelar, rotuliano y otros; la exploración de la motri-

idad tales como locomoción, fuerza muscular, algunas funciones cerebelosas como tocar la nariz con un dedo y la espini--lla con el talón (véase párrafos más adelante), hacer girar -- un cuerpo redondo con la mano derecha y con la mano izquierda, marcha y postura; caminar sin dificultad sobre la punta de -- los pies y sobre los talones, y finalmente averiguar algo sobre el lenguaje como puede ser la omisión de sílabas, de le--tras o de palabras, así como la falta de comprensión de orde--nes.

El diagnóstico psiquiátrico en la mayoría de los casos -- es acertado, aunque a veces puede suceder que haya algún fac--tor de origen emocional que este interfiriendo en el comporta--miento y rendimiento del niño en la escuela.

Las pruebas que sirven para detectar signos neurológicos blandos (que también pueden ser provocados por el retraso men--tal), desórdenes de maduración, retraso en el desarrollo y -- por ende disfunción cerebral mínima, que se usan en Psiquia--tría son:

- a) Prueba dedo-nariz. (Tocarse la nariz y el dedo del -- psiquiatra, éste cambiándolo de posición).
- b) Seguir con los ojos un objeto sin mover la cabeza.
- c) Tocar al paciente dos puntos sobre la piel simultánea--mente y que éste nos diga cuales son los puntos tocados.
- d) Describir acciones representadas en un cuadro. (El no poder hacerlo se llama SIMULTAGNOSIS).
- e) Deambular. Caminar sobre la punta de un pié y el ta--lón del otro alternativamente, caminar sobre un riel, etc.
- f) Identificar una letra escrita sobre la espalda.
- g) Vestirse y desvestirse, para evaluar los movimientos--gruesos (quitarse y ponerse el sweater) y los movimientos fi--nos (abotonarse, atarse los zapatos).
- h) Ordenar al niño que flexione una pierna para que su -- talón toque la rodilla contraria.

i) Extender los brazos hacia adelante con las palmas de las manos hacia abajo y los ojos cerrados para ver si hay movimientos coreiformes o de pianista.

j) Movimientos complicados con un miembro, (si se mueven los dedos de una mano se observan movimientos similares en la otra). Si sucede lo anterior, se dificultan o no se realizan (Sinquinesia), es signo de disfunción cerebral mínima.

k) Realizar movimientos alternativos rápidos (pronación y supinación), en decúbito dorsal, levantar alternativamente brazos y piernas y ver si hay adiadococinesia.

l) Reconocer objetos sin verlos, con solo tocarlos (Este reognosia).

m) Movimientos de la lengua: tocarse con la lengua la — punta de la nariz, la barbilla, la comisura de los labios.

En el momento de realizar el tratamiento psiquiátrico el padre debe estar perfectamente aleccionado y debidamente informado sobre el plan, es más, se le debe motivar marcadamente, dándole confianza y seguridad sobre la bondad del mismo, se le debe hablar sobre el padecimiento del niño, de la conducta a seguir, de las posibles formas de reacción, y sobre todo hacerles sentir la veracidad de nuestras opiniones, en el sentido de que si el tratamiento es largo, se irán logrando mejoras hasta alcanzar la meta que es el completo o casi-completo restablecimiento del niño. Muchos padres inquietan sobre aspectos emocionales y preguntan angustiados cual es la función específica de cada uno de ellos, en cuyo caso el psiquiatra reducirá o hará desaparecer tal estado de ansiedad ya que éste resulta contraproducente para el tratamiento.

El tratamiento psiquiátrico resulta sencillo, pues según hemos visto, el psiquiatra no realiza una función distinta a la del Pediatra, ya que el tiempo que dedica al enfermo es el necesario para extender una receta o averiguar sobre algunos-

antecedentes patológicos indispensables.

Este tratamiento está basado siempre en la administración de ciertos medicamentos por lo cual le llamamos tratamiento medicamentoso, y solo como agregado se mencionan a continuación algunos de ellos, que se ordenan a los pacientes con trastornos psiquiátricos.

1. TRANQUILIZANTES:

1.1. Fenotiazinas.

- 1.1.1. Clorpromacina (Thoracina-Largactil)...75-300 mg al día
- 1.1.2. Promacina (Sparina).....75-300 mg al día
- 1.1.3. Proclorperacina (Compazina, Stemetil).15-30 mg al día
- 1.1.4. Trifluopromacina (Vesperina).....30-100 mg al día
- 1.1.5. Tioridacina (Melleril).....30-300 mg al día
- 1.1.6. Perfenacina (Trilafón)..... 2-16 mg al día
- 1.1.7. Trifluoperacina (Stelacina)..... 2-20 mg al día
- 1.1.8. Fluofenacina (Permitil, Prolixin)..... 1-7.5 mg al día
- 1.1.9. Prometacian (Fenergán).....15-300 mg al día

1.2. Butirofenonas.

- 1.2.1. Haloperidol (Haldol).....
- 1.2.2. Triperidol.....

1.3. Alcaloides de Rauwolfia.

1.4. Derivados del Difenilmetano (Tranquilizantes menores).

- 1.4.1. Hidroxicina (Atarax, Visteril).....50-150 mg al día
- 1.4.2. Azaciclonoal (Frenquel).....20-50 mg al día
- 1.4.3. Fenactizina (Suavital).....20-50 mg al día
- 1.4.4. Captodiamina (Suvren).....20-50 mg al día
- 1.4.5. Difehidramina (Benadril).....50-150 mg al día

1.5. Propanadioles.

- 1.5.1. Meprobamato (Ecuamil, Miltown).....100-1600mg al día

1.6. Compuestos de la Benzodiazepina.

- 1.6.1. Clorodiazepoxido (Librium)..... 5-10 mg al día
- 1.6.2. Diazepan (Valium)..... 5-10 mg al día

2. ANTIDEPRESIVOS.

2.1. Anfetaminas.

2.1.1. Anfetamina (Bencedrina).....10-15 mg al día

2.1.2. Dextroanfetamina (Dexedrina)..... 5-10 mg al día

2.2. Inhibidores de la Monoaminooxidasa.

2.2.1. Niatamida (Niamida).....uso desplazado

2.2.2. Fenelcina (Nardil).....uso desplazado

2.3. Derivados de Aminodibencilo.

2.3.1. Imipramina (Trofanil).....20-75 mg al día

2.3.2. Amitriptilina (Elavil).....20-75 mg al día

2.3.3. Nortriptalina (Aventyl).....20-75 mg al día

2.4. Medicamentos de estructura Mixta.

2.4.1. Metilfedinato (Ritalín).....10-20 mg al día

2.4.2. Pipradol (Meratrán).....

2.4.3. Deanol (Deaner).....

3. OTROS MEDICAMENTOS:

3.1. Barbitúricos.

3.1.1. Fenobarbital..... 5-10 mg al día

Asociado a los estimulantes la Psiquiatría moderna está utilizando medicamentos coadyuvantes (de resultados variables) (Velasco Fernández), llamados anticonvulsivantes como son:

1.- Difenilhidantoina (Epanín).

2.- Carbamazepina (Tegretol).

3.- Primidona (Mysoline).

4.- Dipropilacetato de Magnesio (Atemperator).

5.- Otros.

Además cuenta con una serie de metabolitos como:

1.- La piritioxina (Encephabol), que se ha utilizado a dosis de 300 mg diarios en niños en edad escolar con coeficientes variables entre 60 y 90 y con daño cerebral detectado clínica y electroencefalográficamente. Con una valoración de resultados senestrales se ha comprobado que mejora su capta--

ción de la gestalt (Test Visomotor de Bender y los dibujos de Goodenough se hicieron mejor integrados), disminuyendo además la hiperexcitabilidad que favoreció un poco el incremento de la atención.

2.- El Acido Gama-amino-beta Hidroxibutírico, metabolito que se encuentra exclusivamente en el Sistema Nervioso Central, y de modo especial en la sustancia reticular, el rino-céfalo y los polos frontales, tienen propiedades inhibitorias de la transmisión axónica.

3.- Centrofenexina y fosfátidos.

El uso de metabolitos tiene por finalidad aumentar la oxigenación cerebral, así como aumentar la glucosa en el cerebro, pues como dicen Noyes y Kolb; "probablemente es correcto decir que el cerebro deriva la mayor parte de su energía de los procesos oxidativos que requieren glucosa como sustrato principal, hay razones para creer que esta afirmación, no es del todo correcta. Algunos hechos sugieren que parte de la función del cerebro, tiene lugar, a veces, a pesar de un aporte inadecuado de glucosa. Para que este órgano funcione y mantenga procesos oxidativos adecuados, debe disponer de cantidades adecuadas de oxígeno y de los sistemas enzimáticos.

El tratamiento farmacológico es indispensable, como desde 1937 lo demostró Bradley en las aminas, aunque hay desconcierto por el hecho de que un estimulante tranquilice a los niños hiperquinéticos. Wender dice que "existen diferencias regionales en los niveles de actividad de las monoaminas en distintas áreas del cerebro y que es posible que haya también diferencias en la velocidad de la maduración para varios sistemas neuronales dentro del cerebro. Por ejemplo se ha dicho que la hiperactividad se debe a una baja de la acción del sistema de la dopamina dentro del núcleo caudado".

Las anfetaminas actúan en el niño, de forma contraria que en el adulto pues en aquél conforme va madurando va can--

biando su acción.

Lo cierto es que el 50 % aproximadamente de niños hiperquinéticos se ven favorecidos por los fármacos, pues disminuye la hiperactividad y cambia favorablemente la tensión, la impulsividad, la memoria y la conducta en general. Sin embargo, B. Fish, dice que no hay que considerar a los estimulantes como las drogas indicadas.

Conviene tomar en consideración lo siguiente:

a) Las anfetaminas no desarrollan tolerancia en los niños hiperquinéticos.

b) No producen farmacodependencia en niños ni en pre-adolescentes.

c) A veces la hiperquinesia empeora al iniciarse el tratamiento, pero a las pocas semanas mejora.

d) Los defectos secundarios son pasajeros (anoxia, pérdida de peso e insomnio ocasional).

e) Los beneficios en cambio son innumerables como: la disminución de la impulsividad, de la inestabilidad emocional y de los comportamientos negativos (berrinches y agresividad), la conducta social mejora adecuándose un poco más el comportamiento, la afectividad hacia otras personas y la búsqueda espontánea de reciprocidad.

f) No debe dudarse que mejore el aprovechamiento escolar como lo demuestran los reportes escolares debiéndose ésto en parte al aumento de los períodos de atención, así como a su calidad y duración, pudiendo aplicarse técnicas de Modificación de Conducta.

En el cerebro existe un activo metabolismo de los aminoácidos y las proteínas en el cual el ciclo del ácido glutámico actúa como mecanismo de mantenimiento que controla el metabolismo de los carbohidratos. Este ácido glutámico o sistema-ácido glutámico-glutamina elimina el amonio que produce efectos tóxicos sobre el Sistema Nervioso.

Lo anterior sirve para sentar la base de un tratamiento a largo plazo con vasodilatadores del cerebro y ácido glutámico que ya muchos han empezado a usar.

Lo importante, es la valoración psicométrica que debe -- realizar, según nuestra particular observación cada seis semanas, a fin de ver el incremento que tienen los pacientes en los distintos tests que a través del tratamiento se le vayan aplicando y su respuesta a la medicación indicada.

Conviene mencionar aquí, que existe la posibilidad, de que el niño sea portador de un crónico problema emocional, o tal vez tenga parasitosis intestinal o de otro tipo, tal vez al revisar la química sanguínea revele una anemia en ciernes o declarada, por lo cual el servidor de la Salud Mental debe valerse de ciertos placebos, sobre todo cuando no está involucrado, como en la mayoría de los casos sucede, el pediatra o el médico general.

Si sucediere lo anterior convendría usar toda la serie de complejos vitamínicos con que cuenta la farmacología, ya que en muchas ocasiones nos hemos dado cuenta, que después de iniciado el tratamiento, con este tipo de medicamentos se reduce la hiperactividad sobre todo cuando el niño está siendo sometido a psicoterapia de persuasión y orientaciones que poco a poco lo van adaptando a "su realidad", al mismo tiempo que sus padres van aceptándolo "tal y como es".

Solo por mencionarlo, podemos asegurar, que lo anterior a nadie perjudica, salvo al pesimista.

6. 2. ELECTROENCEFALOGRAFIA.

En esta parte mencionaremos solo algunas opiniones emitidas por autores (neurólogos y fisiólogos), acerca de lo que es para ellos el electroencefalograma, así como su utilidad.

Tomaremos partido solo para apoyar nuestra tesis, en el sentido de que un electroencefalograma, no siempre apoya el--

diagnóstico de disfunción cerebral mínima, por lo que puede resultar impropio ordenarlo y que, por otro lado resultará también costoso el pedir una serie de ellos.

En opinión de algunos neurofisiólogos el electroencefalograma tiene, como dice Charles R. Shaw "en la actualidad poco o ningún valor para el diagnóstico de las lesiones cerebrales de los niños. En la mayor parte de los casos no debe ser practicado porque es además un gasto innecesario para los padres. Trazos anormales en los adultos, explosiones de descarga de alta frecuencia, se presentan en niños normales". Bradley, mencionado por Shaw en su "Psiquiatría Infantil", dice que "muchos niños que presentan pruebas convincentes de que algunos factores orgánicos influyen sobre su ajuste, podrán mostrar trazos normales".

También los trastornos emocionales producen cambios en el electroencefalograma. (Kennart).

"El electroencefalograma puede ser útil para descubrir trastornos convulsivos o bien disritmias cerebrales, en donde son bastante frecuentes las ondas lentas bi-occipitales o los complejos punta-onda (Manual Merck), por lo cual se recomiendan pruebas de inteligencia y de función perceptual para poner de relieve dificultades perceptuales visuales.

Algunos electroencefalogramas de niños con disfunción cerebral mínima presentan las siguientes características:

Actitud y estado del paciente: despierto y dispuesto a colaborar. Frecuencia básica: entre 8.5 y 9 ondas p/s.

Ondas lentas: descargas breves ocasionales de aproximadamente 5 ondas por segundo por las derivaciones frontales (bilaterales).

Al no dormir predomina la actividad lenta frontal y parietal normal.

Ondas rápidas: no se destacan, pero sí se observan trenes cortos de ondas de 18 p/s en ambas derivaciones frontales.

Características de amplitud: desde término medio hasta - voltaje elevado (100 microvoltios).

Modulación irregular.

Hiperventilación: acentúa el carácter destacado del rendimiento lento bi-occipital.

Impresión: electroencefalograma anormal en forma generalizada.

Noyes y Kolb, aseveran que "se puede obtener un EEG cuya frecuencia general sea considerada dentro de los límites normales en un individuo cuya frecuencia promórbida sea de 11 a 12 c/s., en tal persona durante el delirio moderado, aparece un retardo de 8 a 9 c/s., y el especialista dirá que ambas cifras están dentro de la normalidad".

Para que el EEG sea verdaderamente útil como auxiliar en la evaluación de un caso de insuficiencia cerebral, debe ser aplicado en serie, con intervalos regulares, y no uno solo, - pues ésto dará por resultado la localización del foco de lesión.

El Dr. Hernández Vera, en un estudio realizado sobre "Daño Cerebral", dice que "una lesión mínima es compatible con un EEG normal".

"La mayor aportación del EEG consiste en que puede diferenciar casos con daño focal, clínicamente silenciosos y epilepsias convulsivas enmascaradas (Wallis), de donde se deduce que sí es completamente útil y necesario en el diagnóstico y confirmación de epilepsias (pequeño y gran mal).

A continuación se ofrecen algunos resultados de electroencefalogramas de niños con disfunción cerebral:

Víctor: 12 años de edad.

Sintomatología: retraso escolar.

Descripción:

Onda Alfa: 8, 9, 10 y 11 p/s., con predominio de 10 p/s., 30 microvoltios.

Ondas Beta: 14 a 15 p/s con predominio 15 a 25 p/s., 15-
microvoltios.

Ondas lentas y agudas: 6 y 7 p/s y escasas 5 p/s., 70 mi
crovoltios.

Complejos onda-espiga: no hay.

Potenciales en espiga: no hay.

Asimetrías: no hay.

Predominios: no hay.

Interpretación: los datos anotados indican actividad nor-
mal subcortical aislada y paroxística en todas las derivacio-
nes con niveles de voltaje bajo en ambos hemisferios cerebra-
les. No se encontraron signos focales corticales anormales in-
dependientes agregados.

Observaciones: el trazo fue practicado en estado de vigi-
lia sin administración de medicación sedante previa a la ini-
ciación del estudio. La cooperación del paciente fue satisfac-
toria.

Carlos: 6 años.

Sintomatología: trastornos de conducta.

Descripción:

El estudio gráfico se caracterizó durante la etapa de re-
poso por una actividad alfa integrada por ritmos entre 8 y --
10 c., p/s y ritmos alfa, frecuencias lentas theta agregadas-
a las ondas de base en proporción moderada.

Durante el episodio correspondiente a la hiperventila---
ción hubo datos de lentificación, con aumento en el voltaje y
proporción de las ondas lentas theta. (Ver pp. 07549 y 07555).

La aplicación del estímulo fótico intermitente dió lugar
a un descenso general del voltaje y discreto aceleramiento de
los ritmos. Disminuyó la proporción de las ondas lentas theta.

Interpretación: Teniendo en cuenta la edad del sujeto el

trazado presenta un conjunto de características dentro de los límites normales.

Existe aún poliritmia que corresponde a una etapa de maduración de la actividad bio-eléctrica cerebral.

La sintomatología clínica del paciente no se traduce en forma anormal en la actividad bio-eléctrica indicada.

Como corolario diremos que Carlos ha reprobado en tres o casiones el primer año, aún cuando su coeficiente intelectual sea completamente normal, por lo que fue remitido a una escuela de educación especial.

6. 3. PSICOTERAPIA.

La Psicoterapia aplicada al niño con disfunción cerebral mínima, debe tener como finalidad principal, la de adaptar al niño a su medio ambiente (muchas veces traumático), y en segundo lugar, hacer que tanto él como sus familiares (padres), conozcan y concienticen "su realidad", su enfermedad, sus posibilidades y sus limitaciones, así como el hecho de que esto sea aceptado por todos.

El problema principal radica en el hecho de que el niño no se acepta a sí mismo, y se adapta negativamente a los motivos excitantes de su medio ambiente, por lo cual se distrae con facilidad, resultando más que difícil para él, el aprendizaje; y si a esto sumamos el factor que implica la dificultad para estructurar su pensamiento y formar gestalts, vemos que le resultará mucho más difícil esta labor.

El primer aspecto que debe tratarse con los progenitores es el que se refiere a la estructuración familiar, ya que, una modificación positiva en la misma (si es que ha resultado negativa), ayudará en gran parte al niño, que en muchas ocasio

nes se considerará causa de los trastornos conyugales por lo que más arriba se mencionó y porque al sentirse rechazados canalizan sus emociones en fantasías y ensueños.

Es importante hacer comprender a los padres, la actitud que deben asumir respecto al trato del niño, y en todo caso, si no se puede realizar lo anterior debe recomendarse un trasplante familiar, que puede resultar mucho más benéfico para ambas partes.

Habrá que reducir o hacer desaparecer forzosamente cada uno de los aspectos negativos que manifieste el niño y para ello habrá que contar con el equipo adecuado, que vaya eliminando las causas motivantes de los trastornos de conducta o de las deficiencias en el aprendizaje.

El equipo multidisciplinario que debe ayudar en el tratamiento psicoterapéutico del niño con disfunción cerebral mínima, y que debe actuar sin la necesidad de un orden estricto es el siguiente:

1. Pediatría, que se encargará de eliminar todo tipo de enfermedad, de tal manera que debe realizar un chequeo periódico al sujeto para impedir que un estado morbosos interfiera en el desarrollo psico-físico del niño.

2. Psiquiatría, cuya función ya se mencionó al referirnos al tratamiento psiquiátrico. (6.1.).

3. Psicología, que será donde se imparta la psicoterapia y a mi manera de ver la que debe conocer mejor, dentro de la rama científica, que permite este ejercicio, al niño y los métodos psicoterapéuticos más eficientes y adecuados.

4. Trabajo Social, que debe estar en estrecha relación con la familia y en contacto con el medio en general y que será quien evalúe los cambios y modificaciones del medio ambiente familiar, sobre la base que el estudio preliminar señale.

5. El Profesor, quien mediante el previo conocimiento del Plan de Acción a seguir, puede y debe convertirse en el--

más valioso auxiliar de la Psicoterapia, ya que de él depende la aplicación de las técnicas pedagógicas adecuadas, y aunque no sea un especialista podrá actuar con efectividad.

6. Los padres de familia, sin cuya ayuda resultará más -- que imposible, intentar siquiera la aplicación de cualquier -- método psicoterapéutico, ya que de su amor y comprensión ha -- cia el niño, dependerán el éxito o el fracaso.

7. Con el fin de ayudar al niño maltratado, en cuyo concepto se comprende no solo al niño golpeado, sino a todos aquellos que son el producto de hogares mal estructurados, cuyos padres viven en constante riña, sino al niño privado emocionalmente, al que le falta afecto, al que está mal alimentado, al desharrapado, al niño que por éstas u otras causas huye del hogar; recomendamos la participación de un abogado, -- que se encargue del aspecto legal y de la reivindicación del -- menor, con el fin de que, si delinque, no sea remitido a los -- tribunales-prisiones, ya que ésto en vez de ayudarlo acaba -- por convertirlo en un delincuente sin rehabilitación.

Cada uno de los elementos anteriores debe estar consciente de los problemas del niño, mismos que serán tratados en -- forma racionalizada y razonada, ya que si alguno de ellos fallara, el Plan propuesto tendría la misma suerte, pues lo que el uno haga el otro lo deshará.

Tanto el profesor como los padres de familia, necesitarán un asesoramiento psiquiátrico y psicológico, y deben tener conocimiento del proceso psicoterapéutico, que se esté -- llevando a cabo. Este asesoramiento tenderá a orientarlos para que controlen sus impulsos violentos, para que resuelvan -- sus problemas personales, ya que éstos producirán angustia e impedirán el mejoramiento y alivio del paciente.

Los aspectos principales de la educación, que pueden influir en forma determinante en la Psicoterapia, son en primer lugar, la personalidad del profesor, la rigidez y el sadismo,

la tolerancia excesiva, la exigencia discriminativa, la indiferencia, la disciplina impuesta con violencia, el desorden en el salón de clase, la sobreacumulación de estímulos que producirán excitación en el niño impidiendo la influencia efectiva de la Psicoterapia, también.

Los padres de familia deben continuar en sus hogares la labor psicoterapéutica cumpliendo con las disposiciones que tenderán generalmente a dar confianza y seguridad al niño, de tal manera que ambos deben estar convencidos de la efectividad de los métodos usados. Así mismo deben proporcionar a sus hijos todos los medios que permitan el desarrollo integral de cuerpo y mente, de su carácter y su personalidad.

Como ya se ha venido diciendo, gran parte de los problemas actuales se deben a la falta de comunicación, por lo que se recomienda que ésta, sea como un fluido constante que jamás cese entre los padres y entre éstos y los hijos, así como entre todos los elementos de la familia.

El Psicoterapeuta, enseñará al niño a manejar sus tensiones y a controlar sus emociones, así como la forma de comportamiento que debe tener en cada lugar al que asista, le enseñará al mismo tiempo que a sus padres: responsabilidad, paciencia tolerancia, comprensión, respeto y sobre todo a amar a sus semejantes, a comprender su medio, a tolerarse a sí mismo, a los demás y a su ambiente; a buscar la satisfacción de sus necesidades por los medios adecuados; a comprender que todos estamos laborando por su bienestar; a sentirse bien, contento y feliz y a darle sentido a su existencia que debe ser valiosa para todos pero sobre todo para él mismo.

En la información primera debe decirse a los padres, que el niño estará bajo estricto control médico-psicoterapéutico y sobre todos aconsejar en el sentido que no debe dársele al niño un trato de enfermo, de inválido o desahuciado, es decir, no debe dársele el trato de un moribundo, pues él puede valer

se de esta situación para chantajear o manipular a sus mayores. Liberar a los padres de todo sentimiento de culpa, de mi nusvalía o de vergüenza, que se puede traducir en sentimientos de autocompasión o de lástima hacia el niño y en sobreprotección, tan dañina como la deprivación emocional.

Debe tranquilizarse a los padres haciéndoles entender -- las necesidades físico-afectivas del niño y finalmente reunirse con los profesores y directores de escuela para orientarlos sobre el proceso que se siga o se piense seguir.

Trabajo Social debe recabar la información necesaria acerca de la estructuración familiar y las condiciones y el medio en que se desarrolla la familia, así como los aspectos im portantísimos sobre organización de la escuela, o sea la aportación de datos sobre el niño y su medio. Es T. S. el mejor y mayor canalizador, por lo que creemos que debe ampliarse el número y la calidad de los mismos incluyendo a los especialis tas o sean los T. S. psiquiátricos.

La importancia del pediatra y el psiquiatra es obvio mencionarla, sobre todo porque bajo su responsabilidad están los aspectos físicos y neurológicos del niño con disfunción cerebral mínima y un apoyo de ellos a la labor psicoterapéutica -- resultará altamente provechosa para el paciente.

La psicoterapia que se administre debe consistir en Técnicas Proyectivas como:

LUDOTERAPIA. En donde generalmente se emplean una gran cantidad de juguetes y se aprovechan las libres asociaciones. Aquí se puede usar el juego dirigido o el juego libre según convenga, pudiéndose iniciarse con juegos libres o dramáticos para continuar después de algún tiempo con los juegos dirigidos, más estructurados, en los que es necesario comprender y hacer comprender una serie de órdenes y reglas.

D. N. Levy, usó los juegos estructurados como "terapia-- de liberación", en los que emplea muñecos que representan a--

personas determinadas.

La Técnica del Juego aconseja plantear situaciones familiares y escolares, dando, mediante ellas, oportunidades para que el niño se manifieste tal cual es, así como, permitirle -- que se libere espontáneamente de toda tensión, al expresar -- sus sentimientos o resentimientos, su agresividad e inconformidades. Este tipo de Terapia, permite además al niño, relacionarse positivamente con el psicoterapeuta, que le facilitará sus relaciones interpersonales futuras. Los juegos informales ofrecen una mayor oportunidad de relación, (cartas, damas, dominó, lotería, etc.) en los cuales hay reglas que pueden violarse a propósito (si el psicoterapeuta lo permite), para no hacer pasar un mal rato al niño mediante sus frustraciones.

La perseveración en la conducta de los aspectos lúdicos -- pondrá obstáculos al terapeuta, quien no podrá pasar al aspecto serio del problema que quiera resolver en su trabajo, es decir, pasar del juego al trabajo. Sin embargo, esto depende del ingenio del terapeuta para producir el cambio de una manera sutil, sin brusquedades que podrían traducirse en fracasos y pérdida de tiempo y esfuerzo, no solo de una sino de todas las sesiones por venir.

Una Técnica Lúdica muy usada es el Psicodrama de J. L. -- Moreno, que ha sido ampliamente aplicada a grupos. Mediante ella, se pueden realizar escenificaciones de tópicos familiares y situaciones sociales que revelen conflictos en el niño.

El Teatro de Guiñol, es otro de los valiosos auxiliares -- en la Terapia de Juego y con él se presentan magníficas oportunidades de libre expresión en forma indirecta.

ARTES Y OFICIOS. Mediante ellos se expresan diversos estados de ánimo, emociones, tensiones y angustias por medio -- del dibujo, la pintura, el modelado y otros oficios. Las técnicas proyectivas en las expresiones gráficas de los niños, -- pueden revelarnos, mucho más que cualquier entrevista, pues --

se permite la verbalización de sus representaciones libremente y sin presión. Margareth Mauumburg, se queja del "arte estructurado y formal de la escuela" y de "la falta de libertad de expresión", por lo que se sugiere que el terapeuta permita al niño proceder en la forma que él lo desee. Ravinovich dice que no debemos interpretar prematuramente el trabajo artístico del niño, porque esto puede impedir sus producciones futuras. La expresión de los problemas del niño por medio del arte, es en sí una forma de terapia. Un método de comunicación.

La Dra. L. Bender recomienda el Modelado en barro (puede ser plastilina), para tratar los problemas del cuerpo-imagen, especialmente los de naturaleza genital-anal.

Consideramos que solo la falta de ingenio e iniciativa, unida a una precaria situación económica, puede limitar el material de uso terapéutico, y para ello se puede aprovechar todo el material de tipo y uso escolar (elaboración de álbumes, muñecos, trabajos de recortado y pegado, joyería de fantasía, vestuario y aún de la música, el canto y la danza).

LA INVENCION DE HISTORIETAS.. Puede ser usado este método con toda confianza, pues es una de las técnicas proyectivas - más eficaces (menos con niños con tendencia autista, autistas e introvertidos), más cuando el niño no quiere o no puede expresarse se pueden crear escenarios con situaciones hipotéticas ilustrándolas con dibujos y pidiendo al niño le agregue a tributos. Esto puede servir para que éste no se sienta comprometido, lo que le haría entrar en conflicto, evidenciando su orgullo, su integridad y su autoestima.

EL BUEN HUMOR. Shaw dice: "es un instrumento indispensable de diagnóstico en Psiquiatría. Los problemas conflictivos o prohibidos son abordados con buen humor. (Humor negro, a veces), de esta manera el niño puede hablar de temas que es tán ligados directamente a él y que no hubiera podido tratar libremente. Se libera así de una responsabilidad haciéndole -

sentir seguridad. El buen humor-afirmó Freud- posee una dignidad que brilla por su ausencia totalmente, por ejemplo: en el ingenio; porque la finalidad del ingenio es simplemente proporcionar satisfacción".

Desgraciadamente es muy difícil cuantificar en forma total los resultados psicoterapéuticos, pues los niños (o mejor dicho los padres), no se sabe por qué, suspenden las entrevistas y con ello el tratamiento, no sabemos si es porque ha mejorado, que ojalá fuera esta la causa, o porque haya empeorado, lo cual nos desilusionaría, o tal vez sea el prejuicio y el temor de que a sus hijos se les llame "locos", porque ir a visitar a un psicólogo o a un psiquiatra es "estar loco", como también puede ser el hecho de que los niños permanezcan en el mismo estado, que cuando llegaron al Servicio de Salud-Mental.

Sin embargo, aquéllos que aún continúan yendo a las consultas, cuyos padres han perseverado, en beneficio de sus hijos, han visto coronados con éxitos relativos o completos sus deseos, puesto que después de más de un año de consultas y psicoterapias, con el debido control psiquiátrico, han superado muchas de sus deficiencias y hay una marcada tendencia positiva, en favor del mejoramiento, la adaptación socio-escolar y sobre todo que éstos niños han sido controlados.

Esperamos que una mejor comprensión del problema, nos de la oportunidad de ver estudios posteriores, apoyando este trabajo, cuyos resultados no esperamos que sean inmediatos sino mediatos, pues la Psicología avanza en nuestro país lenta pero seguramente.

Para concluir, lo correspondiente a este capítulo diremos que hay otros métodos psicoterapéuticos, pero los más usados, porque ofrecen un alto grado de confiabilidad son:

-Terapia Grupal. Siguiendo los requerimientos de edad, sexo, padecimiento y tipo de problema.

- Terapia Ocupacional o de Oficio.
- Terapia por medio del Recreo.
- Terapia Familiar.
- Terapia Individual.

En todos ellos se manejan los afectos del niño, basados en la identificación de los patrones psicológicos que exhiba con el fin de prever condiciones de desarrollo, planteando -- los problemas, reeducando, estructurando la personalidad y re adaptando.

6.4. EDUCACION ESPECIAL.

Los trastornos más frecuentes que presentan los niños hi perquinéticos, están en relación con la adquisición del len-- guaje, así como de los problemas que prácticamente adquiere -- por las dificultades que lleva consigo la falta de estructura ción en el contenido oral, gráfico y semántico.

Sin embargo el lenguaje es, tal vez, la única función es tructurada en el niño mexicano normal, a quien sí debe ense-- ñársele la lecto-escritura mediante la combinación de un méto do global-fonético, y no con los deshechos pedagógicos de o-- tros países, sea cual fuere, como el que se está utilizando -- actualmente con la enésima Reforma Educativa "moderna", y que no es otro que el llamado Método de "ver y decir", el que no solo se opone al método fonético, sino a los métodos natura-- les, en el que adquieren mayor importancia frases como "La -- manzana roja", que la palabra "rojo". Este Método "moderno", -- trata de ayudar al niño a identificar morfemas muertos, sin -- importancia y sin sentido, pudiendo partir en todo caso del -- texto, de ahí al enunciado, de éste al morfema y finalmente a la sílaba y a la letra (grafema y fonema).

En algunos países de habla inglesa dicho método falló a pesar de:

1. Que en el inglés existen sonidos diferentes para cada letra que el niño de todas maneras debe aprender. Con cada palabra debe aprender sonidos particulares y el enseñarle la lectura fonética simplemente es agregar una etapa adicional innecesaria.

2. De que el niño, quien debe elaborar primero los sonidos contenidos en una palabra, tiene mayores probabilidades de convertirse en un buen lector auditivo y no visual, porque debe traducir lo que ve en sonidos y leer por este método resulta invariablemente más lento.

La Técnica de "ver y decir", llegó a su apogeo en la década de los Cuarenta, sin embargo, se recibieron durante su uso y aplicación, innumerables protestas por parte de los padres, porque los niños no podían deletrear y mucho menos leer de corrido, por lo que no muestran el menor interés (diríase que el método era de por sí inmotivante, frío y árido). Se cree que este método aumentó la frecuencia de incapacitados para la lectura, como seguramente sucederá en nuestro país.

Lo anterior nos puede demostrar que el tal método, resulta inapropiado para México, cuya lengua es fonética, a no ser que se olvide la Psicología y la idiosincracia del mismo.

Todo lo escrito con anterioridad se refiere al niño normal mexicano, pero no hay que perder de vista el caso que nos ocupa del niño con disfunción cerebral mínima (niños con trastornos de conducta, de lenguaje y de aprendizaje), trastornos del lenguaje que pueden ir desde la afasia o imposibilidad para expresarse en forma coherente, pasando por los trastornos de tipo verbal, sintáctico (falta de organización en frases y enunciados), o nominal, que se refiere a la incapacidad de encontrar el término adecuado para expresar una idea y semán-

tico, o sea la imposibilidad de captar el significado verdadero de las expresiones en sus extensiones y limitaciones, o -- más bien incapacidad para comprender frases y oraciones, hasta llegar a la dislexia, imposibilidad para adquirir el lenguaje con inversión de las sílabas, trueque vocálico, confusión de letras (u-n, p-q, b-d), y fallas en la construcción de enunciados y textos.

Todos los impedimentos anteriores exigen la participación de un grupo de personas especializadas que se encargarán de llevar a cabo esta ardua labor, tan necesaria, o sea, poner en práctica UNA EDUCACION ESPECIAL, con programas, metodología y material didáctico especiales, con una planificación detenida y consciente y con objetivos mediatos e inmediatos -- perfectamente bien limitados. Todo basado en las características generales e individuales de los pacientes.

En este caso toda metodología será planeada o elaborada -- tomando en consideración al niño con daño cerebral mínimo, -- quien será el centro de toda la psicodinamia, modificaciones conductuales, y toda meta o finalidad será, ajustarlo o adaptarlo al medio escolar en primer lugar y lograr que aprenda -- en segundo lugar.

Será necesario elaborar un Programa Motor y una Guía de Educación Perceptual especiales que debe tender ante todo, como dice Cruickshank, al control y reducción de los estímulos, ajustándose a las capacidades y limitaciones del sujeto, modificando su ambiente escolar (salones poco estimulantes), pues "el mejor salón de su comunidad, bueno para niños normales, -- será pésima aula para un niño con disfunción cerebral mínima".

La recomendación general en este aspecto, es la de reducir el espacio y los estímulos en los salones, así como seleccionar cuidadosamente el material didáctico que vaya a utilizarse, así como el orden de presentación del mismo, ya que éste puede convertirse en un obstáculo para el aprendizaje, en-

lugar de lo que se pretenda, o sea constituirse en un auxiliar pedagógico. Los estímulos pueden irse aumentando gradualmente hasta que el niño deje de reaccionar a lo inesencial, (estímulos visuales, táctiles, olfatorios y auditivos), tal tendencia pretende hacer decrecer la distractibilidad y aumentar la capacidad de atención. Por eso, consideramos que los actuales libros de texto "tienden a neurotizarse", al niño hiperquinético, que se encuentra en los salones de clase de nuestras escuelas primarias para niños normales.

La reducción del espacio permite al niño adquirir seguridad en su medio, el cual debe delimitarse ya que de esta manera adquirirá perdurabilidad su presencia, aunque la inestabilidad y el cambio brusco causa desconcierto y angustia.

La correlación entre dos o más materias, basada en lo que semejanza exista en ellas, mas si estos contactos resultan un poco antinaturales, pondrá en juego la perseveración a quien le será muy difícil pasar de un tema a otro y lograr mediante ello un aprendizaje.

En la lectura, conviene poner límites a las palabras que se quieran estudiar, encerrándolas en un rectángulo, para reducir el espacio que combatirá, por no decir, que contrarrestará la perseveración.

Pasado algún tiempo, el niño va adquiriendo confianza no solo en sí mismo, sino en los que le rodean, sobre todo en aquellos niños de su misma edad y características, con lo cual se reinicia, o, puede iniciarse la sociabilización, primer paso para que llegue después a formar parte de grupos normales-reducidos, para entrar después a un grupo de los tan normales en nuestro país.

Con referencia a la adaptación y arreglo del salón, esto depende del especialista, lo cual debe realizarse, cuando el niño ya no reacciona a los estímulos inespecíficos y se ha adaptado negativamente a lo inesencial, pues solo entonces po

drá llevar una vida "más o menos" normal, no sin antes graduar su adaptación: primero en su pupitre, después en el salón de clases, para después realizar ésta en el hogar y la familia, finalizando la familiarización con el medio social general. La etapa básica sin embargo, sigue siendo aquélla que corresponde a la primera fase, o sea la de su micromundo (el pupitre) y la del salón de clases, pues logrado el primer paso se pueden continuar fácilmente los demás tal vez en menos sesiones.

En los niños deficientes escolares no debe emplearse el contenido programático, propio de las escuelas federales o particulares para normales, ni los libros de texto, fecundos en ilustraciones (estímulos y motivos), y en caso que se hiciera, como sucede con bastante frecuencia, sería bajo vigilancia y supervisión de especialistas, o aplicados por especialistas.

Se puede considerar esta etapa adaptativa como de transitoriedad, y en ella estarán a prueba las facultades y posibilidades del niño y la sapiencia, paciencia, eros y tolerancia del profesor, ya que si el niño no responde habrá que regresarlo a una nueva etapa de reajuste, aunque ello posiblemente resulte frustrante para el pequeño paciente, que puede agregar un trauma más a la ya larga lista de su breve existencia. Aquí debe anotarse que, de realizarse en forma gradual la adaptación no habrá regresión, o ésta será mínima, casi imperceptible y el profesor podrá trabajar cómodamente y libre de tensiones.

La finalidad de la estructuración consiste también en aumentar la tolerancia que los demás deben tener con el niño, mismo que debe acrecentar la suya propia, así como su autoestima. En cada estructuración con tolerancia, deben evitarse las repeticiones que acarreen aburrimiento por lo que es necesario imponer un horario fijo, a veces rígido, de acuerdo con

las necesidades de la familia (comida, baño, trabajo y distracción), con pequeños intervalos irregulares buscando siempre el ajuste a situaciones y circunstancias imprevistas y de emergencia. Se cree que este horario no debe provocar inconvenientes en el resto de la familia.

Ya se dijo más arriba, que toda tensión causa angustia e inseguridad en el niño, desvirtuando el concepto que tiene de sí mismo y considerándose malo, por lo cual es necesarísimo - que los padres y profesores reduzcan cualquier situación tensiva, calmando al niño, para que la misma no sea introyectada por él mismo. Esto sucederá si se excluye de los planes al paciente, tratándose los asuntos en secreto, como si no perteneciera al grupo familiar. Un poco más grave es que los padres escondan a sus hijos evitándoles todo contacto inclusive con sus mismos familiares, por temor a que éstos los ridiculicen o aquéllos los hagan quedar mal. Se cree que el anuncio de visitas con anticipación, es decir, oportunamente (porque no puede ser con mucha anticipación), por parte de los padres, así como la preparación del niño, será de enorme utilidad, --- pues de esta manera dejará de ser tratado como un ser extraño o anormal, lo que facilitará su adaptación en esta sociedad - injustamente discriminativa.

Para favorecer los cambios estructurales, se deben realizar limitaciones en forma gradual, en esto, los padres deben ponerse de acuerdo para que en el hogar haya una sola voz --- pues, de lo contrario el niño se neurotizará, no sabiendo a--- quien obedecer, de igual manera, la aceptación y el rechazo - traerán buen o mal aprovechamiento y frutos negativos o positivos en el aprendizaje.

Los conceptos anteriores respecto del cambio y la inestabilidad, que Albin Toffler en "El Shock del Futuro", menciona como una característica de nuestro tiempo, y que trae por añadidura la necesidad de adaptación en el individuo, a las dis-

tintas modificaciones ambientales no favorecen en forma alguna al niño con daño cerebral mínimo, sin embargo, ésto no detendrá el progreso ni impedirá que se haga uso del "Kleenex", y de todos los productos que se anuncian como "úsese y deséchese", pues el hecho de dar consistencia y permanencia al medio ambiente y escolar del niño es misión de unos cuantos, de aquellos que por azares del destino tengan un hijo o un discípulo hiperquinético.

Sería largo mencionar programas y métodos, ésto lo dejamos a estudios especializados o los remitimos a las obras mencionadas, pero sí podemos asegurar, que del control y ajuste del medio en que se encuentra el niño dependerán las facilidades que encontremos para actuar, ya que la educación será entonces una tarea mucho más sencilla, al simplificar el trabajo del niño, si no prorrogamos tareas, si las órdenes son directas, si se evitan los castigos físicos o morales (ridiculizaciones y humillaciones), y sobre todo poner en juego ese "eros universal", que debemos tener todos los que tenemos en -- nuestras manos vidas moldeables y mentes que ilustrar.

Con referencia a los materiales que deben usarse nos remitiremos a las obras de Strauss y Colaboradores "Psicopatología y Educación del niño con Lesión Cerebral" y de Cruickshank "El Niño con Daño Cerebral", en las que se encontrará todo lo referente a ejercicios de un programa motor completo, artículos y sobre todo el material para elaborar el equipo necesario para el trabajo, Son importantes también los libros y cuadernos de trabajo para el recortado de figuras, las series de textos de lectura, los juegos infantiles y el equipo de entrenamiento motriz.

Desgraciadamente cuando los niños son remitidos a escuelas de educación especial tienen que luchar a "brazo partido" para ser admitidos, pues a pesar del gran incremento de las mismas, todavía siguen siendo muy "raras", como expresan los --

padres cuando a ellas se refieren, ya que son pocas en comparación con el gran número de niños que requieren de este tipo de educación, así mientras se construyen aulas y más aulas para niños normales, nuestros deficientes e hiperquinéticos quedan al margen provocando una sangría en el estado que -derrocha en ellos, sin culpa alguna, tiempo, dinero y esfuerzos.

Es entonces un requerimiento urgente, preparar un número mayor de profesores para niños con las características reiteradas de esta tesis, para lo cual el estado debe poner mayor interés y empeño pues de ello depende en gran parte el éxito o el fracaso.

7. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS .

1. El daño cerebral o disfunción cerebral como comúnmente se le conoce produce en los niños que lo padecen una serie de trastornos, de los cuales el más notable es la hiperquinesia y no tiene, a veces localización en el cerebro.

2. Esta disfunción, puede originarse durante el embarazo debido a enfermedades infectocontagiosas, hipertermias, hemorragias, radiaciones, deficiencia alimentaria y traumatismos de la madre. Durante el nacimiento, por hipoxia, parto oxitócico (violento), parto difícil (lento, fórceps, cesárea), mala atención durante el alumbramiento. Durante los primeros años de vida, por enfermedades que producen hipertermia, también por enfermedades como encefalitis, meningitis y/o traumatismos craneoencefálicos con pérdida de la conciencia.

3. Muchas denominaciones ha recibido este síndrome, pero todas ellas no son más que manifestaciones sintomatológicas del mismo, por lo cual nos quedamos con el nombre de "disfunción cerebral mínima".

4. Es muy importante detectar este síndrome a edad temprana, para impedir, por parte de padres y de educadores, actos que agraven o compliquen el daño con una sintomatología de carácter psicológico, como sería el hecho de producir trastornos de tipo emocional, así como trastornos de conducta que casi siempre están asociados al mismo.

5. La disfunción cerebral, a veces, no va asociada a debilidad mental, aunque una de sus consecuencias puede ser ésta, por lo que es necesario explorar esta área, ya que este tipo de niños, es decir, hiperquinéticos sin debilidad mental requerirán sin duda de una educación muy especial. En muchas ocasiones, esta debilidad mental manifiesta, no es otra cosa que un trastorno de tipo emocional actuante motivo por el que presenta un bajo rendimiento escolar y a veces, un pobre C. I.

6.- Debería darse orientación a las personas, para que aprendan a ser padres, a los jóvenes que vayan a contraer nupcias en las "pláticas prenupciales", a los padres, para que cambien la actitud ante los hijos y aprendan a ser tolerantes comprensivos, respetuosos, afectivos y sobre todo comunicativos, y a los maestros para que actúen de igual manera ante sus alumnos y comprendan las crisis por las que éste atraviesa.

7.- La vida del ser humano se inicia desde la fecundación, y la implantación del huevo o cigoto, el desarrollo embrionario y el fetal, así como el nacimiento deberían ser considerados como fases en el crecimiento y desarrollo del mismo por eso estamos a favor de la Planificación Familiar y de la paternidad responsable, con lo cual se quiere decir, evitar fecundaciones y embarazos a diferencia del control natal, método que hecha mano de todo inclusive del aborto, para evitar nacimientos.

8.- Los seres humanos, atraviesan durante su desarrollo intrauterino, por etapas perfectamente bien contenidas y diferenciadas, y de la ausencia de patología dependerán sus funciones psíquicas y físicas normales durante la vida extrauterina.

9.- Existen múltiples factores que influyen en forma definitiva en el desarrollo intrauterino, pero sin duda algunos más importantes son: las influencias cromosómicas, la incompatibilidad Rh y la deficiencia alimentaria.

10.- El 15% de los niños con disfunción cerebral mínima la adquirieron durante la gestación, el 80% durante el nacimiento y solo el 5% durante los primeros años de vida.

11.- Hay necesidades físico-psíquicas, de cuya satisfacción adecuada dependerá la adaptación del niño al nuevo mundo adquiriendo seguridad y confianza que le permitirán vivir en este mundo cargado de situaciones traumáticas.

12. Hay también una serie de sentimientos que el niño desarrolla a través del curso de su vida, de cuya comprensión depende la facultad que adquiere para resolver situaciones conflictivas y que un niño con disfunción cerebral mínima jamás usará, pues todos sus problemas lo mantendrán siempre en tensión y angustiado, por lo cual desarrollará una personalidad anormal o de franca patología.

13. Una lesión cerebral mínima puede originar epilepsia, un defecto neuromotor, retraso mental, defectos de lenguaje, visuales, motores, perceptuales, o trastornos de conducta.

14. Mientras el niño con disfunción cerebral no sea arrancado del seno del hogar, el síndrome de conducta no es perceptible, pero cuando empieza la etapa escolar o de socialización y debe alternar con otras personas que no siempre lo complacerán, ni tolerarán sus incorrecciones, es entonces cuando se observa el problema que con el tiempo se agrava.

15. Los síntomas que los padres pueden fácilmente detectar en el hogar son: hiperactividad, desobediencia, distractibilidad, incapacidad para postergar gratificaciones, terquedad, baja tolerancia a la frustración, conducta impredecible enuresis, onicofagia, encopresis y trastornos sexuales (escopofilia y masturbación).

16. Los profesores pueden detectar en sus aulas o en los patios de recreo: agresividad, labilidad emocional, falta de sociabilidad, trastornos en el lenguaje, dificultades en el aprendizaje, confusión de letras, falta de concentración en el trabajo y sobre todo la oscilación entre actividad y adinamia.

17. La misma sintomatología puede ser presentada por niños cuyos trastornos sean de tipo psicológico (emocionales, sobre todo), por eso son necesarios los exámenes de este tipo y neurológico, que aportarán datos sobre maduración, edad mental, coeficiente intelectual, trastornos de la personalidad y del carácter.

13. Los tests usados en este trabajo fueron:

El Test Visomotor de Lauretta Bender, que detecta organicidad y maduración visomotriz.

Los tests de Raven y el W. I. S. C., para explorar inteligencia.

Los tests de Goodenough, de Buck y de Morino Abbele, que pueden arrojar datos sobre el coeficiente intelectual, madurez emocional, personalidad y que además sirven para basar en sus resultados la psicoterapia.

En muchas ocasiones el electroencefalograma no detecta la diafunción cerebral mínima, aunque, a veces, puede recomendarse en serie para conocer el foco del daño.

19. De los niños cuyos casos fueron revisados y estudiados, el 71 % presentó organicidad y el 29 % trastornos de tipo emocional. De los primeros, el 26.43 % obtuvo un C. I. correspondiente al de un niño con debilidad mental media, el 47.56 % una inteligencia normal y el 25.97 % un coeficiente arriba de la media.

20. El tratamiento de los niños con este síndrome debe realizarse en forma pluridimensional, y dentro de los planes sobresalen el Psiquiatra, quien por lo visto, realiza el tratamiento a base de psicofármacos (tranquilizantes, antidepresores, barbitúricos y metabolitos); el Psicólogo, quien con los métodos psicoterapéuticos debe reeducar y readaptar al niño en su medio familiar y escolar, así como el trabajador social.

21. Es urgente satisfacer la demanda de tantas y tantas aulas en donde se imparta Educación Especial a los niños con disfunción cerebral mínima, así como la capacitación de un número mayor de especialistas, quienes con una técnica adecuada y metodología especial, ayuden a nuestros pequeños pacientes.

8. R E F E R E N C I A S .

1. Alexander, Franz: "PSIQUIATRIA DINAMICA" 3/a Edición. Editorial Paidós. 2/a Parte; Buenos Aires. (1971).
2. Bellack, Leopold y Small, Leonard; "PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA". 2/a Edición. Editorial Pax-México. México. (1970).
3. Bender, Lauretta; "TEST GESTALTICO VISOMOTOR". Usos y Aplicaciones Clínicas. (B.G.). Editorial Paidós. Buenos Aires. (1975).
4. Breckenridge, Marian y Murphy, Margaret; "CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO". 2/a Edición. Editorial Interamericana. Capítulos I, II, III y IV. México. (1973).
5. Cruickshank, William M.; "EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL" 1/a Reimpresión. Editorial Trillas; México. (1973).
6. González, Francisco, P.; "EL MEXICANO. SU DINAMICA -- PSICOSOCIAL". 4/a Reimpresión. Editorial Pax-México; México. (1973).
7. Guyton, Arthur C.; "FISIOLOGIA HUMANA". 3/a. Edición Editorial Interamericana. 6/a. y 8/a. Partes. México. (1969).
8. Harris, Dale B.; "EL DIBUJO DE LOS NIÑOS COMO MEDIDA DE LA MADURACION INTELECTUAL". Revisión y Extensión de la -- Prueba del Dibujo del Hombre de Florence Goodenough. Trabajo realizado por la maestra Lic. María Luisa Morales. Copia Mimeo-grafiada.
9. Hughes, James G.; "SINOPSIS DE PEDIATRIA". Intermedica Editorial. I: 14-19; III: 34-48; IV: 50-54; X: 112-128; -- y XIX: 345-375. Buenos Aires. (1966).
10. Kanner, Leo; "PSIQUIATRIA INFANTIL". 3/a Edición. --- Editorial Siglo XX. Buenos Aires. (1972).
11. Kolher, C.; "DEFICIENCIA INTELECTUAL EN EL NIÑO". -- Luis Miracle Editor. Barcelona. (1960).

12. Langman, Jan; "EMBRIOLOGIA MEDICA". 2/a. Edición.- Editorial Interamericana; II: 21-30; VI: 63-73; VII: 76-83- y XV: 261-299. México. (1969).
13. Lenkau, Paul V.: "HIGIENE MENTAL". 5/a. Edición.-- Fondo de Cultura Económica. Capítulos: VI, VII y Apéndice.-
14. Laumay, Cl., Davy C. y Cols.: "LOS NIÑOS DIFICI--- LES". 1/a Versión Española. Editorial Salvat. Barcelona.-- (1974).
15. Maclay, David: "TERAPEUTICA DE LOS TRASTORNOS PSI COLOGICOS DE LA INFANCIA". 1/a Versión Española. Editorial- Salvat. Barcelona. (1974).
16. Merani, Alberto L.: "INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA INFANTIL". Tercera Edición. Grijalbo. Barcelona (1975).
17. Mira, Emilio y L.: "COMPENDIO DE PSIQUIATRIA". 1/a Edición. Editorial Ateneo. I Parte. Caps.: IV a XIII; II - Parte. Caps.: I a XXX. Buenos Aires. (1958).
18. Noyes, Arthur y Kolb, Lawrence C.: "PSIQUIATRIA -- CLINICA MODERNA". 2/a. Reimpresión. La Prensa Médica Moder- na. VII: 135-166; VIII: 172-173; XI; 222-225; XXI: 325-347; y XXXIII: 631-646. México. (1970).
19. Primer Seminario de Salud Mental: "EL SINDROME DE- DISFUNCION CEREBRAL". Impresión mimeografiada. México. (1970)
20. Ramírez, Santiago: "EL MEXICANO. PSICOLOGIA DE SUS MOTIVACIONES". 5/a Edición. Editorial Pax-México. México.-- (1968).
21. Raven, J. C.: "TEST DE MATRICES PROGRESIVAS". Edito rial Paidós. Buenos Aires. (1966).
22. Reca, Telma: "PSICOLOGIA, PSICOPATOLOGIA Y PSICOTE RAPIA". 1/a. Edición. SigloXXI Editores, S. A. Buenos Aires. (1973).
23. Senn, Milton y Solnit, Albert: "TRASTORNOS DE CON-- DUCTA Y DEL DESARROLLO EN EL NIÑO". 1/a. Edición. Editorial Pediátrica. Barcelona. (1971).

- 24.- Shaw, Charles R.: "PSIQUIATRIA INFANTIL". 1/a. Edición. Editorial Interamericana. VIII: 128-151; IX: 153-157; y X: 178-191. México. (1969).
- 25.- Strauss, Alfred y Cols.: "PSICOPATOLOGIA Y EDUCACION DEL NIÑO CON LESION CEREBRAL". 3/a. Edición. EUDEBA. B.-Aires. (1973).
- 26.- Sullivan, Harry S.: "LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA". - 1/a. Edición. Editorial Psique. B. Aires. (1969).
- 27.- Talbot, Nathan B., Kagan, Jerome y Eisenberg, Leon: "CONDUCTA INFANTIL EN PSIQUIATRIA". 1/a. Versión Española. Editorial Salvat, Barcelona. (1974).
- 28.- Vaughan, McKay: "TRATADO DE PEDIATRIA". Editorial - Salvat. Barcelona. (1970).
- 29.- Velasco, Rafael Fernández: "EL NIÑO HIPERQUINETICO". Los Síndromes de Disfunción Cerebral. Editorial Trillas. México. (1976).
- 30.- Vignola, Juan: "LOS TESTS PSICOLOGICOS". Editorial-Vacchi, S. A. Barcelona. (1971).
- 31.- Warren, H. C.: "DICCIONARIO DE PSICOLOGIA". F. C. E. México. (1970).
- 32.- Wolf, Werner: "LA PERSONALIDAD DEL NIÑO EN EDAD PRE-ESCOLAR". EUDEBA. 3/a. Edición. B. Aires. (1971).