



UNIDAD
SEAD
090

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

DETECCION DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA
EN EL NIÑO PREESCOLAR



Georgina Meléndez Villanueva 2416

COF 4/10/88



USE-T-64

DICTAMEN DE TRABAJO DE TITULACION.

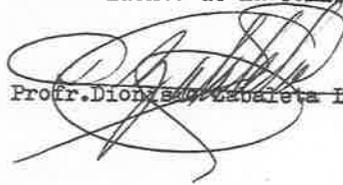
México, D.F., a 14 de agosto de 1987.

C.PROFRA.GEORGINA MELENDEZ VILLANUEVA.
P R E S E N T E .

En mi calidad de presidente de la comisión de exámenes profesionales y después de haber analizado el trabajo de titulación alternativa investigación documental, titulado: " DETECCION DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA EN EL NINO PRE-ESCOLAR " presentado por usted, le manifiesto que reúne los requisitos a que obligan los reglamentos en vigor para ser presentado ante el H. Jurado de Examen Profesional, por lo que deberá entregar diez ejemplares como parte de su expediente al solicitar el examen.

ATENTAMENTE.

El Presidente de la Comisión.


Profr. Dionisio Zabala López.



S. E. P.
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
C I D A D M E X I C O
D E F O R O

A Roberto

A mis hijas:

Georgina, Ivonne y Claudia.

INDICE

INTRODUCCION	7
CAPITULOS:	
1.- Factores que influyen en la conducta del niño.	8
1.1 Factores pre-natales.	9
1.2 Factores peri-natales.	12
1.3 Factores post-natales.	13
2.- Definición y terminología.	14
3.- Sintomatología.	18
3.1 Conductas típicas del niño con D.C.M.	19
3.2 Dificultades específicas en el aprendizaje del niño con D.C.M.	21
4.- La atención al niño preescolar que proporciona el Departamento de Psicología.	25
4.1 Origen del Departamento de Psicología.	26
4.2 Descripción del Programa de Estimulación - Compensatoria.	29
4.3 Trabajo con las Educadoras.	33
4.4 Diagnóstico.	40
4.5 Tratamiento.	41
5.- Informe de resultados de estudios realizados.	47
CONCLUSIONES.	54
PROPUESTAS.	56
BIBLIOGRAFIA.	58
ANEXOS.	60

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

Nace un niño, se inicia una vida, y una serie de factores biológicos, circunstanciales, ambientales, sociales y psíquicos van a facilitar o alterar el proceso de desarrollo. Esta compleja interacción de factores pueden limitar su participación en el mundo que le rodea.

Uno de los problemas que en la etapa preescolar se manifiesta a través de la conducta, es la Disfunción Cerebral Mínima (D.C.M.) -tema del presente trabajo- considerada por algunos investigadores como una alteración funcional de la corteza cerebral, éste cambio en la estructura es difuso, por lo tanto no focalizado; considerándose los niveles bioquímicos como principales causales del síndrome.

Para la Educadora, los recursos pedagógicos son ineficaces al enfrentarse a la problemática de un niño con D.C.M. en su grupo, como es la hiperquinesia, agresividad, dificultad para centrar la atención ya que para él todos los estímulos son distractores, el cometer una y otra vez la misma falta, el no poder cambiar fácilmente de una actividad mental a otra, su impulsividad e incoordinación motora. Como consecuencia esto repercutirá en el proceso de aprendizaje. Este niño, nos comenta el Dr. Cruickshank, en el área afectiva necesita más que nada calor, afecto, comprensión; aún cuando se retuerce y escape de los brazos que le ofrecen lo que más necesita y desea.

La Dirección General de Educación Preescolar, conciente de su responsabilidad tanto en salud física como mental de los niños, creó en 1965 el Departamento de Psicología y Psicopedagogía para niños preescolares, cuya función primordial es dar a--

tención oportuna a los niños que presenten dificultades en el - aprendizaje, alteración de conducta, problemas de ajuste al ambiente escolar, familiar y social.

Otro de sus objetivos es contribuir a la prevención de los problemas mencionados dando orientaciones a padres y Educadoras.

Del análisis de los datos aportados por los estudios surge el plan de tratamiento que puede incluir una o varias terapias.

En el presente trabajo se expone una panorámica de los aspectos generales de la Disfunción Cerebral Mínima, enfatizando en los procedimientos de detección realizados por el propio Departamento, actividades realizadas con ese fin y resultados obtenidos. Deseo que aporte información accesible a las Educadoras, ya que un mayor conocimiento de la naturaleza de éste trastorno evitará fracasos escolares y la posibilidad de una vida - mejor.

1.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO

Abordo este tema ya que es la conducta que manifiesta el niño, el síntoma más relevante de la D.C.M.

Para comprender la conducta del niño se requiere del estudio de diversos factores, a continuación un análisis de los mismos; así como la implicación que puedan tener en la D.C.M.

- .) Factores prenatales.
-) Factores peri-natales.
-) Factores post-natales.

1.1.- Factores Pre-natales.

1.1.1.- Herencia. La vida comienza en el momento de la concepción en la cuál se unen 23 partículas del espermatozoide con 23 partículas del óvulo; éste fenómeno tiene gran importancia ya que esas partículas o cromosomas se dividen en partículas más pequeñas llamadas genes, siendo éstos los portadores de la herencia del niño. Existen unos 20,000 genes por cromosomas y las características heredadas dependen de la combinación de ellos.

Los genes no están sujetos a ninguna de las influencias externas como el ejercicio físico o el mejoramiento intelectual de nosotros mismos, únicamente en circunstancias excepcionales pueden cambiar o ser inactivados ya sea por radiación directa de rayos X o explosiones atómicas.

La posibilidad de que una D.C.M. sea genéticamente transmitida continúa en estudio, sin haber llegado a la fecha a resultados definitivos.

1.1.2.- Estado físico y emocional de la madre. Investigaciones recientes consideran que el ambiente pre-natal que la

madre proporcione al feto ejercen influencias importantes en la salud y ajuste subsecuente del niño.

Aproximadamente en el séptimo mes de gestación, el niño empieza a elaborar mielina (capa grasosa que recubre y protege las neuronas), si la madre tiene deficiente alimentación, dieta baja en proteínas o desnutrición, se dañará la formación de esa sustancia y esto dará lugar a una alteración en el funcionamiento del cerebro y en algunos casos a un desarrollo mental retardado. Se puede afirmar que una grave desnutrición materna así como la inestabilidad emocional va a perjudicar el desarrollo físico e intelectual del niño.

1.1.3.- Edad de la madre. Los adelantos de la ciencia médica han contribuido a disminuir la mortalidad tanto en las madres como en los niños; sin embargo se puede apreciar que hay un índice mayor de mortalidad cuando se manifiestan problemas en madres adolescentes o mayores de 35 años, ya sea por deficiente desarrollo del sistema reproductor o por la decadencia del organismo en general.

1.1.4.- Drogas. Efectos potencialmente dañinos sobre el feto en desarrollo ocasionan el que la madre ingiera drogas; como el medicamento llamado talidomida el cual causó graves efectos anatómicos. Otros medicamentos como antibióticos, hormonas, anticuagulantes, dosis excesivas de vitaminas A y K se considera pueden producir defectos, particularmente si se emplean durante los primeros meses de embarazo.

La adicción a drogas como la heroína va a ocasionar el nacimiento de niños drogadictos, y llevará hasta 6 me-

ses el retiro de las mismas a los bebés.

Es necesario hacer mención que inclusive el tabaco puede afectar el desarrollo fetal, como por ejemplo un peso menor al nacer y huesos mas cortos, son casos comunes en madres fumadoras.

1.1.5.- Alcoholismo. El alcoholismo crónico en la mujer embarazada puede ocasionar efectos nocivos en el feto, como nacimiento prematuro, problemas congénitos de los ojos y oídos, defectos cardíacos, dedos de más en manos y -pies; toda ésta variedad de deformaciones se le da el nombre de: síndrome alcohólico en el feto.

1.1.6.- La radiación (rayos X) a la madre durante el embarazo principalmente entre la 2a. y 6a. semanas de gestación se considera la causa de daños en el niño por nacer, -entre ellos: deformaciones, lesiones cerebrales, reducciones de la esperanza de vida, etc.

Aún cuando los efectos de los rayos X pueden ser menos graves estando más avanzado el embarazo, existen riesgos de lesión especialmente al cerebro.

Los riesgos anteriores se tendrán también con la exposición a fuentes de energía atómica o lluvia radioactiva.

1.1.7.- Enfermedades de la madre durante el embarazo.- La rubeola, varicela y hepatitis son particularmente peligrosas para el feto en los primeros tres meses de gestación, principalmente la rubeola, que puede causar deformaciones cardíacas, sordera, ceguera o retraso mental.

También afecciones como la toxemia del embarazo -

pueden afectar al feto, la causa del padecimiento se -- desconoce; se caracteriza por elevada presión sanguínea, aumento de peso rápido, excesivo y retención en los tejidos. De no ser tratada provoca convulsiones y estados de coma, o la muerte en un 13% de las madres y 50% en los niños por nacer.

La sífilis si no es tratada puede producir aborto, si el niño sobrevive podrá nacer débil. En algunos casos años más tarde, se manifestarán síntomas sifilíticos.

1.1.8.- RH. Se refiere a un factor contenido en la sangre de aproximadamente el 85% de las personas, en si no alteran la salud, pero cuando el hombre tiene RH positivo y gesta a una mujer RH negativo pueden darse consecuencias nefastas al producto; sucede que los glóbulos rojos del bebé RH positivo crucen la placenta y lleguen hasta el organismo de la madre, produciendo ésta anticuerpos que regresa al feto produciendo gran daño ya que destruye los glóbulos rojos del niño en gestación. Esta destrucción puede ser benigna o grave al producir parálisis -- parcial, retraso mental, incluso la muerte al nacer.

Actualmente existe una vacuna para impedir se produzcan anticuerpos en la madre.

1.2.- Factores peri-natales.

La facilidad o la dificultad con que se produzca el nacimiento y la rapidez con la que el recién nacido comience a respirar, puede afectar su bienestar; en efecto el rompimiento de vasos sanguíneos del cerebro -- causado por la presión fuerte sobre la cabeza del bebé

y la falta de oxígeno a causa de que el niño no comienza a respirar pueden dar lugar a que se lesionen células nerviosas del cerebro; las consecuencias pueden ser desde leves torpezas motoras hasta la parálisis cerebral y principalmente la Disfunción Cerebral Mínima. Estudios realizados por especialistas como el Dr. Velasco Fernández considera que la causa más importante ocurre durante el parto y le atribuye de un 70 a 80%¹ de los casos; y la Dra. Rosa Ma. Puente, Jefe del servicio de Neurología del Hospital Fray Bernardino Alvarez, en estudio realizado a una población de 59 niños con D.C.M. cita 26 casos, es decir el 44%² con problemas de hipoxia, parto distócico, cesárea.

1.3.- Factores Post-natales.

El niño nace dotado de la capacidad de emitir conductas que pueden ser innatas como el llanto y otras que se van a ir dando en función del medio en que se desarrolla y será un factor determinante en su proceso evolutivo.

Entre las causas post-natales más frecuentes que propicien la D.C.M. se consideran las siguientes: meningitis, traumatismos craneanos y anoxias accidentales.

- (1) VELASCO FERNANDEZ Rafael.- El Niño Hiperquinético.- México, Ed. Trillas. 1979. Pág. 21.
- (2) PUENTE ROSA MARIA.- Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima: psicopedagogía y tratamiento medicamentoso.- México, Compendium Vol I, No. 1. Septiembre 1980.

2.- DEFINICION Y TERMINOLOGIA

La terminología para designar el síndrome que presentan - los niños es múltiple y variada, entre las más frecuentes se -- encuentran las siguientes:

Daño Cerebral, Hiperquinesis, Trastornos del aprendizaje, Niño hiperactivo, Niño con defectos cognoscitivos, Disfunción Cerebral Mínima, ésta última empleada en el transcurso del presente trabajo por considerarla más precisa ya que por la experiencia en la práctica profesional he podido apreciar que:

- a) Si hay diferencia entre niños con Daño Cerebral y niños con Disfunción Cerebral; dicha diferencia consiste en lo siguiente:

En un niño con daño cerebral hay lesión focalizada con destrucción de tejido neuronal, generalmente se detecta en un electroencefalograma, su inteligencia es subnormal, las respuestas a los estímulos que se le presentan son lentas. En el niño con Disfunción Cerebral no hay lesión focalizada, lo que se presenta es una -- alteración funcional del cerebro, su inteligencia es -- normal o superior, reaccionan con rapidez a los estímulos que se le presentan.

- b) En cuánto a los demás términos son relativos ya que solo designan alguna de las conductas manifiestas.

Independientemente de la acepción de los diversos autores lo que importa es que el niño con éste problema existe, el número de casos detectados es alto y la ayuda se hace necesaria.

Uno de los problemas a los que se han enfrentado los especialistas es a la definición y terminología de la Disfunción Cerebral Mínima, en un intento por resumir acertadamente las características de la misma, lo que refleja la incertidumbre de su naturaleza. A continuación menciono algunas de ellas:

"El término 'disfunción cerebral mínima' se aplica a los niños de inteligencia normal, cercana a lo normal o por encima de lo normal, que tienen algún impedimento para el aprendizaje y/o problemas de conducta que van de lo leve a lo grave; que se asocian a desviaciones de función del sistema nervioso central. Estas desviaciones pueden manifestarse a través de variadas combinaciones de deficiencias en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de la atención, el impulso o la función motora"¹.

"Deficiencia de funcionamiento entre los procesos del pensamiento, el aprendizaje y la ejecución motora sin que exista daño en los tejidos cerebrales"².

"Las disfunciones por definición son resultado de algo. La disfunción cerebral es en este caso el resultado de un daño cerebral"³.

- (1) LESTER TARNAPOL.- Dificultades para el aprendizaje.-Cita - del Dr. Sam Clements de National Project of minimal brain Dysfunction in children.- México, Ed. Prensa Médica Mexicana. 1983. Pág. 26.
- (2) RENSHAW DOMEENA C.- El niño hiperactivo.- México, Ed. Prensa Médica Mexicana. 1980. Págs. 62 y 63.
- (3) CRUICKSHANK WILLIAM M.- El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad.- México, Ed. Trillas. 1979. Pág. 21.

" . . . cambios estructurales y funcionales del cerebro - como principales responsables de ciertos trastornos de la conducta del niño . . ." ⁴

"El término 'disfunción cerebral mínima' se reservará para aquéllos niños cuya sintomatología se presenta en una o más de las áreas específicas de la función cerebral, pero en forma leve o subclínica, sin reducir el funcionamiento intelectual general a niveles subnormales. En éste término la palabra mínima indica la naturaleza vaga de los síntomas; disfunción expresa el daño tanto de tipo genético como de desarrollo; y la palabra cerebral designa el órgano principalmente afectado" ⁵

"Alteración de los mecanismos activadores de la formación reticular (la cuál filtra, transmite e integra los numerosos y variados estímulos" ⁶

"Se define la disfunción cerebral mínima como una alteración de la corteza cerebral que afecta a las áreas motoras, sensorio-perceptivas o afectivas; en consecuencia desorganiza la conducta" ⁷.

"Se produce por agresiones que sufre el cerebro en los períodos pre-natal, peri-natal y post-natal; correspondiendo el 70% de los casos al período peri-natal" ⁸.

(4) VELASCO FERNANDEZ RAFAEL. Ob. cit. p. 20.

(5) LESTER TARNAPOL.- Ob. cit. p. 2.

(6) DOMINGUEZ G. FRANCISCO.- Conferencia.- México, 1981.

(7) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.- Apuntes.- México, 1981

(8) VELASCO FERNANDEZ RAFAEL.- Ob. cit. p. 21.

3.- S I N T O M A T O L O G I A

Se han descrito casos relativamente monosintomáticos y otros con sintomatología múltiple de Disfunción Cerebral Mínima, siendo éstos los más frecuentes.

3.1.-Conductas típicas del niño con D.C.M.

Hacia la etapa preescolar se observarán las siguientes conductas típicas de D.C.M.:

3.1.1.- Hiperquinesia: Es uno de los síntomas más sobresalientes, por tal entendemos la incapacidad para controlar la reacción a estímulos ambientales y que provoca respuestas de movimiento; cualquier cosa que quede dentro del campo visual del niño y esté al alcance de sus manos, que pueda ser tocado, jalado, torcido o empujado le provoca el impulso y actuar.

La hiperquinesia es el mayor obstáculo para la adaptación del niño tanto en el hogar como en la escuela, - siendo ésta última donde el síntoma se hace mas notorio; y son las Educadoras o Maestros quiénes inicialmente detectan a éstos niños; saben que al niño algo le pasa pero no encuentran la respuesta. De lo que si están ciertos es de que sus alumnos distraídos, difíciles y simpáticos interfieren con la disciplina del grupo.

3.1.2.- Hiperactividad sensorial.- Desde el punto de vista de análisis de niveles de conducta, considero la hiperactividad sensorial derivada de la hiperquinesis, ya que cualquier olor, sonido, objetos no relacionados con lo que el niño está ejecutando hacen que éste reaccione, - se siente atraído y llega hasta a olvidarse de lo que originalmente estaba haciendo.

- 3.1.3.- **Destructividad.**- Ocurre cuando el niño desbarata objetos valiéndose de sus manos, pies o empleando objetos como martillos.
- 3.1.4.- **Agresividad.**- Se va a manifestar en varias formas, cuando golpea a sus compañeros sin que haya motivo, en la crueldad que tiene con algunos animales y con sus hermanos, siendo éstos sus preferidos para agredir.
- 3.1.5.- **Impulsividad.**- Entendida como la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta. El niño hace lo que su impulso le indica, actúa en forma precipitada sin prever las consecuencias, por consiguiente no mide el peligro. No tolera la menor demora en la satisfacción de sus demandas.
- 3.1.6.- **Resistencia a la frustración.**- Se define como la incapacidad para competir con eficacia, mostrando un exagerado sentimiento de anulación.
- En las actividades preescolares podemos observar esta conducta en juegos donde hay un ganador; más aún si se trata de premiar.
- 3.1.7.- **Labilidad emocional.**- Hace referencia al cambio brusco de estado de ánimo y que unida a la impulsividad da lugar a impresionantes estallidos emocionales como los berrinches que tanto preocupan a los padres y peor aún los desconcierta, no sabiendo que hacer con sus hijos en esos momentos.
- 3.1.8.- **Desobediencia patológica.**- El niño comete una y otra vez la misma falta a pesar de las explicaciones que se le den y de los correctivos que se le apliquen. Su com-

portamiento es de quién no comprende el significado de una orden ni de la necesidad de cumplirla; si se le -- castiga se considera injustamente tratado.

3.1.9.- Perseverancia.- Consiste en la repetición de un modelo conductual una y otra vez después de que cesó el estímulo que determinó cierta respuesta.

3.1.10.- Anomalías del sueño.- Hay ocasiones en que la hiperactividad se incrementa por la noche de tal manera que-- si el niño duerme, pronto se despierta, se pone a jugar comer, hablar, correr.

Relacionado con las anomalías del sueño, están los terrores nocturnos en los cuáles los niños temen a la obscuridad. Su sueño es inquieto o agitado, tiene pesadillas, despertándose durante la noche llorando asustados.

3.1.11.- Enuresis.- Síntoma molesto y causa frecuente de problemas familiares.

3.1.12.- Persistencia a chuparse el dedo.- Aún siendo ya mayores.

3.1.13.- Tartamudez.- Que se hace más aparente cuando el niño está tenso o angustiado.

3.2.- Dificultades específicas en el aprendizaje del niño con D.C.M.

De acuerdo con el Dr. Velasco Fernández se considera que los obstáculos para el aprendizaje son:

a) Hiperquinesia, asociada a la incapacidad para la concentración y

b) La existencia de verdaderos desórdenes en el proceso cognoscitivo.

A continuación una breve descripción de las dificultades específicas en el aprendizaje:

- 3.2.1.- Disociación.- Incapacidad de ver las cosas como un todo. El niño no integra los detalles en su totalidad. Los estímulos visuales al llevarlos al plano gráfico los invierte o fragmenta. Esta dificultad que ya se observa en la etapa preescolar posteriormente repercutirá en la escuela primaria manifestándose en dislexia.
- 3.2.2.- Perseverancia.- Como se mencionó anteriormente, en ella se observa la dificultad de cambiar de una actividad a otra; por ejemplo, cuando el niño continúa dibujando su trabajo habiéndolo ya terminado; en ocasiones no puede parar de reír, o dándole el material para construir hace una interminable hilera sin poder llevar a cabo un diseño con volumen.
- 3.2.3.- Memoria y atención.- Los niños con D.C.M. tienen solo lapsos pequeños de atención, por consecuencia su memoria se ve poco favorecida; si a esto agregamos la amonestación frecuente donde se le pide mayor atención, aumenta la tensión del niño, como consecuencia tendremos reducción de períodos de concentración.
- 3.2.4.- Conducta impredecible.- Alude a la variabilidad o inconsistencia en el desempeño de una tarea. En este aspecto la Educadora se sorprenderá de la fluctuación del rendimiento del niño ya que una habilidad o conocimiento aprendido un día puede aparecer desconocido al si---

guiente, como si se presentara por primera vez.

- 3.2.5.- Torpeza motora.- Con frecuencia suele presentarse ésta característica. Se notará en sus caídas frecuentes, incapacidad de movimientos simultáneos de manos y pies, - la dificultad para abotonarse, amarrarse los zapatos, - recortar, colorear respetando contornos.
- 3.2.6.- Noción limitada de su cuerpo.- El niño no integra las - partes del mismo.
- 3.2.7.- Desorganización.- La manifiesta en juguetes o en los trabajos que realiza tanto en el jardín de niños como en - su hogar.

Ahora bien, una de las dificultades que se presentan en la detección de D.C.M. es la falta de información al respecto, aunada al aspecto físicamente saludable de éstos niños, su constante actividad es interpretada como una vitalidad excesiva, padres y maestros consideran ilógico suponer la presencia de una alteración cerebral.

Los médicos señalan que la mala conducta es algo transitorio; el maestro atribuye el problema a la desorganización familiar, los padres culpan al maestro o a los sistemas de enseñanza. Mientras tanto pasan los años el niño sigue desarrollándose y enfrentándose a problemas de complejidad creciente que no alcanza a comprender y mucho menos a solucionar, se le somete a todo tipo de medidas correctivas sin obtener ningún cambio y la imagen que tiene de sí mismo se va deteriorando.

La D.C.M. se presenta independientemente de razas o patrones culturales. Se mencionan cifras que van de 2 a 20%; por ejemplo en Suecia la frecuencia con que se ha detectado es de --

075939

un 2%¹, en Estados Unidos donde probablemente se ha estudiado - más el problema, los porcentajes van del 5% al 20%².

En México se hizo una investigación en una población de 12,458 escolares, encontrándose un porcentaje de 8.3%³. Este -- porcentaje fué dado por el Dr. Francisco Barriga Vázquez quién realizó el muestreo en zonas escolares bajo su control dependientes de la Dirección General de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública. Además se ha demostrado que el porcentaje va siendo progresivamente creciente a medida que se conoce mejor el síndrome.

- (1) BARRIGA VAZQUEZ FRANCISCO.- Síndrome de disfunción cerebral. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. México, 1980.
- (2) Ibid.
- (3) Ibid.

4.- LA ATENCION AL NIÑO PREESCOLAR QUE PROPORCIONA
EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

4.1.- Origen del Departamento de Psicología y Psicopedagogía -

En los Jardines de Niños como en todo grupo escolar hay un significativo porcentaje de niños que no pueden - seguir el ritmo de proceso evolutivo de su grupo.

Analizando a los niños preescolares, se encontró que alguna causa de tipo biológico, psíquico o social, de--- termina una situación de desventaja, por lo que requie--- ren una atención específica. Esto motivó que en 1965 se creara el Departamento de Psicología y Psicopedagogía pa--- ra niños preescolares, el cuál tiene como objetivos:

- "Proyectar las acciones psicopedagógicas que faci--- liten la integración del preescolar a su medio so--- cial, escolar y familiar.
- Advertir en las etapas tempranas del desarrollo, las alteraciones que en el futuro pudieran afectar al - niño.
- Detectar, diagnosticar y evaluar al preescolar que presente alteraciones en su desarrollo para canali--- zarlo y posteriormente darle tratamiento en los cen--- tros de atención preventiva de educación preescolar.
- Proporcionar atención especializada a los preescola--- res de los jardines de niños del sistema oficial - que manifiesten alteraciones perceptuales, psicomoto--- ras, de lenguaje, problemas de conducta, deprivación ambiental y carencias afectivas; fincando así las bases de una personalidad sana, útil a la socie--- dad.

- Difundir entre los padres de familia los conocimientos que les permitan manejar adecuadamente las diferentes etapas del desarrollo infantil.
- Asesorar a las educadoras de los jardines de niños oficiales en los aspectos psicopedagógicos necesarios que contribuyan a mejorar la educación integral del preescolar.¹

En los primeros años de vida del Departamento de Psicología entonces llamado Laboratorio de Psicología, sus servicios estaban dirigidos a preescolares que presentaban problemas de lenguaje y conducta; al mismo tiempo el Personal estudiaba nuevas técnicas y métodos de diagnóstico y tratamiento.

En el año de 1966 se integraron cinco grupos de terapia de lenguaje distribuidos en diferentes zonas del Distrito Federal.

En 1969 contaba la institución con diez terapeutas de lenguaje, cuatro psicólogas y dos especialistas en niños con deficiencia mental, iniciando así la atención a pequeños que manifestaban este problema. Estos grupos se formaron debido a que casos remitidos por problemas de conducta o lenguaje, al hacer el estudio integral puso de manifiesto que estas alteraciones eran derivadas de una deficiencia mental.

En 1970 el equipo de especialistas se vio enriquecido con terapeutas y psicólogos, incrementando en ésta forma la atención a los niños.

(1) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.- Programa de atención preventiva de educación preescolar.- México, S.E.P. 1984. Pág. 4.

En el año de 1973, ante la necesidad de atender a la población escolar que sin presentar déficit en su dotación intelectual, no había alcanzado el nivel de madurez requerido para ingresar a la escuela primaria; se formuló en el propio Departamento, un sistema de trabajo que permitiera detectar oportunamente a éstos niños y proporcionarles una acción educativa -- graduada, dirigida e intencionada, que les compensara las carencias de estimulación sufrida como la deprivación afectiva; y también nivelar sus procesos madurativos.

El proyecto de trabajo comenzó a funcionar en el Estado de México en 1974.

Los resultados obtenidos se presentaron a la Dirección General de Educación Preescolar de la Secretaría de Educación Pública, donde se obtuvo la autorización para incluirlo en plan experimental a fin de evaluar su eficacia, para lo cual se formaron grupos Programa de Estimulación Compensatoria y grupos Control, en números paralelos integrados en los mismos núcleos de población.

Los grupos experimentales llevaron el sistema programado y los grupos control el sistema regular. Ambos tipos de grupos -- fueron evaluados al finalizar al año escolar mediante la aplicación del Test ABC de Filho.

Esta fase se mantuvo durante dos años, realizándose en el Distrito Federal y trece ciudades de la República (Mexicali, Aguascalientes, Mérida, Puebla, Oaxaca, Zacatecas, Veracruz, Hermosillo, Guadalajara, Tijuana, Querétaro y Morelia). Siendo los resultados sensiblemente favorables para los grupos Programa de Estimulación Compensatoria.

Con base a la eficacia demostrada la Dirección General de Educación Preescolar autorizó se fuera implantando gradualmente en el Distrito Federal; en el interior de la República se -- suspendió por no disponer de personal de asesoría.

A partir del año escolar 1982-1983 Preescolar determinó un cambio en la organización de este Programa, que bajo la denominación de "Programa de Detección y Prevención" continúa actualmente funcionando con la siguiente reestructuración:

"Se hace extensivo a la población preescolar de los 3os. grados continuando el apoyo de asesoría a las Educadoras; su -- acción se enfoca básicamente hacia la detección y prevención de las alteraciones que en el desarrollo puedan presentar los niños de los 3os. grados; se elimina la clasificación de los niños por niveles de madurez fundamentando ésta acción en la hipótesis de que la superación de las alteraciones en el desarrollo del niño preescolar serán más fácilmente superadas con la estimulación y convivencia con niños sin alteraciones ya que de ésta manera se está coadyuvando a la mejor adaptación bio-psico social del educando"²

4.2.- Descripción del Programa de Estimulación Compensatoria.-

A continuación hago una descripción del mencionado Programa, mismo que llevé a cabo en Guajimalpa y Tacubaya respectivamente en el año escolar 1980-1981 así como actividades y resultados obtenidos.

(2) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.- Programa de Detección y Prevención de Educación Preescolar. S.E.P. 1984. Pág. XIX.

Objetivo General del Programa de Estimulación Compensatoria:

"Realizar una acción profiláctica en los terceros grados de los jardines de niños, a fin de detectar aquéllos casos que presenten alteraciones en su desarrollo proporcionándoles la atención psicopedagógica que requieran.

Objetivos específicos:

- a).- Proporcionar a los niños preescolares de cinco años - con signos de inmadurez, la estimulación adecuada, -- compensando así este retardo evolutivo.
- b).- Proporcionar a las Educadoras titulares de los grupos de Estimulación Compensatoria la información y asesoría para estimular el desarrollo de sus educandos.
- c).- Proporcionar a los padres de familia de los niños inmaduros, las orientaciones necesarias para que participen en la superación del problema de sus hijos."³

El mecanismo de detección para la integración de los grupos se realizó de la siguiente forma:

Los planteles previamente se seleccionaron (preferentemente de zonas marginadas), al inicio del año escolar se aplicó a los niños de cinco años el Test ABC de Filho, con objeto de verificar la madurez necesaria para el aprendizaje de la lecto-escritura.

A continuación, aspectos que explora el Test:

(3) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.- Programa de Estimulación Compensatoria. México. 1980

- Test 1.- Coordinación visomotora. Por medio de la reproducción de tres figuras simples que han de copiarse del original.
- Test 2.- Memoria visual.- Evocación de siete objetos presentados en conjunto en una sola lámina que se expone durante 30 segundos, al cabo de los cuáles - debe darse el nombre de los que recuerden.
- Test 3.- Memoria de movimientos.- Resistencia a la inversión. Por medio de la reproducción motriz y luego gráfica de tres movimientos distintos de complejidad creciente.
- Test 4.- Memoria auditiva.- Evocación de siete palabras de uso corriente inmediatamente después de haber sido pronunciadas por el examinador.
- Test 5.- Memoria auditiva dentro de un contexto.- Por medio de la repetición de un relato, cuya secuencia y elementos más importantes han de recordarse.
- Test 6.- Capacidad de pronunciación.- Por medio de palabras no usuales.
- Test 7.- Coordinación en el control de pequeños movimientos.- Recorte de dos diseños, uno ejecutándose en líneas curvas y otro con líneas rectas, en un tiempo establecido.
- Test 8.- Índice de fatigabilidad.- Punteado en una hoja de prueba, cuadriculada.

El puntaje obtenido permite clasificar a los niños en cuatro niveles:

- a).- Superior, 17 puntos o más.
- b).- Medio, 12 a 16 puntos.

c).- Inferior, 8 a 11 puntos.

d).- Muy bajo, 7 puntos o menos.

Filho determinó que solo los niños con puntaje medio y superior aprenderán a leer y escribir sin dificultad, los demás - requerirán atención especial.

Con base en los resultados de la aplicación del Test, se integraron los niños de bajo puntaje (0 a 8) en grupos de 30 a 35 educandos de donde surgieron casos con diversos problemas en tre ellos la D.C.M.

Posteriormente a las Educadoras titulares de estos grupos se les pidió elaboraran un perfil, que se obtuvo anotando en -- orden decreciente el puntaje de cada niño (primero niños, a con tinuación niñas) sumándolos y dividiendo el resultado entre el total de alumnos.

Al graficar el perfil se podía observar que aspectos iban a requerir mayor estimulación, quedando a la Educadora la tarea de ayudar a los niños a través de las diferentes actividades y así alcanzar el nivel de madurez requerido para iniciar poste-- riormente el ciclo de primaria sin dificultad.

Las Educadoras al trabajar en los grupos de Estimulación - Compensatoria intensificaron sus observaciones con los niños -- que presentaban problemas mas acentuados, informándome poste-- riormente. De los niños reportados llevé a cabo valoraciones i-- niciándose así el proceso de ayuda de quienes lo requerían.

4.3.- Trabajo con las Educadoras.

Las funciones que me fueron asignadas como Asesora de los Grupos de Estimulación Compensatoria con las Educadoras de los terceros grados participantes, fueron:

4.3.1.- Visitar periódicamente los grupos, observando particularmente conductas de los niños reportados, así como proporcionar asesoría técnica a las Educadoras.

En mis observaciones al visitar los grupos, pude apreciar que los niños reportados por las Educadoras con problemas de - conducta severos, presentaban alteraciones conductuales coincidentes, tales como:

Su adaptación a situaciones nuevas o imprevistas era difícil, ya que su propia inestabilidad con frecuencia les impedía respetar reglas y normas de conducta.

Su conducta era impredecible, se mostraban agresivos, indisciplinados, rebeldes, impulsivos, destructores, perseverantes, su participación en grupo era escasa, presentando desobediencia la mayoría de las veces.

Captaban todos los estímulos que les rodeaban, ya fueran visuales, táctiles, sonoros, gustativos; por consiguiente su atención era sumamente dispersa y de corta duración, mostrándose distraídos y con baja concentración.

En dos casos los movimientos gruesos eran torpes al brincar, correr o lanzar la pelota.

La coordinación motriz fina era pobre, apreciándose esto en el manejo de materiales por ejemplo: la manipulación inadecuada de tijeras, al colorear o pintar no respetaban contornos, la presión de la crayola, pincel o lápiz de color era contrastante, o muy fuerte -la mayoría de las veces- o muy suave.

En dos casos su lateralidad no estaba definida.

El Lenguaje en general era impreciso y titubeante, presentando dislalias (2 casos) y tartamudez (1 caso).

En estos niños parecía que no había comprensión, y no era así, lo que sucedía era que les costaba trabajo atender a las instrucciones que se les daba por su falta de abstracción.

De los niños reportados, aunado a mis observaciones llevé a cabo valoraciones que a continuación describo iniciándose así el proceso de ayuda a quiénes lo requerían.

4.3.2.- Realizar estudios de filtro (Rutgers, Goodenough, Exploración Lingüística) a los niños que presentaban problemas más acentuados en base al reporte y a la observación realizada.

A continuación explico en que consisten y que exploran los estudios que realicé a los niños. Hago mención detallada ya que éstos fragmentos de información juntos constituyeron la base para detectar diversos problemas como la Disfunción Cerebral Mínima, tema del presente trabajo.

Test de Rutgers.- Realizado por la Dra. Anna S. Starr; consiste en una serie de catorce figuras geométricas de complejidad creciente. Los dibujos se presentan en hojas tamaño oficio con espacio suficiente para que el niño copie la figura.

Se evalúa con dos puntos por reproducción correcta de cada figura, un punto por la reproducción irregular y cero si la figura es diferente al modelo o no se realizó.

El total del puntaje se localiza en la tabla correspondiente lo que nos dará edad mental; ahora para obtener el cociente intelectual se divide edad mental sobre edad cronológica y el resultado se multiplica por cien.

Este test además de dar niveles intelectuales, en el se -

puede observar percepción y madurez visomotora.

En los niños reportados se pudo observar: desintegración, desorganización en la copia de figuras.

Test de inteligencia de Florence Goodenough.- La creadora de este Test, psicóloga estadounidense, opina que cuando el niño traza la figura humana sobre el papel, no dibuja lo que ve sino lo que sabe. al respecto, por lo tanto no efectúa un trabajo estético sino intelectual. Y al medir el valor de un dibujo se mide el valor de las funciones de asociación, observación analítica, discriminación, memoria de detalles, sentido espacial y coordinación visomanual.

Esta prueba consiste en hacer la figura de un hombre dibujada por el niño, empleando una hoja de papel blanco y un lápiz del número dos de dureza.

Evalúa el nivel de inteligencia dando cociente intelectual para lo cuál se procede anotando un punto por cada detalle contenido en la figura humana graficada, por rudimentarios que éstos sean, se suma el puntaje, el número total se localiza en la tabla del baremo y relacionando las columnas vertical y horizontal se obtiene la edad mental.

Para obtener el cociente intelectual se correlaciona en las tablas correspondientes la edad mental con la edad cronológica.

En este problema se perfiló la posibilidad de un problema por la desintegración de la figura humana, perseverancia en los trazos o escasez de elementos.

Exploración Lingüística.- Fue creada por la coordinación de lenguaje del Departamento de Psicología ante la necesidad de estudiar y ayudar a la gran cantidad de niños que requieren a-

tención.

Requiere del formato correspondiente y un cuaderno elaborado especialmente.

Está formado por tres partes:

1.- Conversación.

- a) Preguntas.
- b) Diálogo dirigido.

Aquí se trata de establecer un primer contacto con el niño desde el punto de vista lingüístico como afectivo.

2.- Comprensión.

- a) Ordenes.
- b) Preguntas.
- c) Preguntas de razonamiento.

a).- La ejecución de órdenes suponen no solo la comprensión del signo lingüístico, sino también la interpretación de un mensaje constituido por las distintas categorías gramaticales que forman el lenguaje. En esta parte se busca además orientar la atención del niño hacia un objeto.

b).- Preguntas. Consiste en intentar que el niño complete o ajuste una situación que resulta incompleta para quién la plantea.

c).- Preguntas de razonamiento. A través de las respuestas que da el niño se podrá observar si hay razonamiento.

En los apartados anteriores se analiza para su evaluación, qué tanto comprende el niño en relación a las nociones gramaticales, interrogativas, numéricas, verbales.

3.- Expresión. Aspecto observable del lenguaje. Los aspectos que cubre este apartado son:

a) Articulación. Explora la capacidad que tiene el niño para --

producir correctamente los sonidos del habla.

b).- Discriminación fonológica. Se analiza si el niño puede -- diferenciar y reproducir fonemas que solo se oponen en alguno de sus rasgos distintivos.

c).- Descripción de una lámina. Aquí se le pide al niño describa los elementos y acciones característicos de una lámina.

Evaluación.- Se analizan y anotan los aptados anteriores en forma concreta y resumida.

Conclusión.- Se anota si el niño va a requerir terapia de lenguaje.

La discrepancia en las respuestas que daban los niños, seguido del cambio brusco donde parecía no entender lo que se -- les preguntaba, conjuntado con la conducta que presentaban durante la exploración, dió la pauta para profundizar sobre los casos en forma particular.

4.3.3.- Realizar sesiones mensuales de información y estudio - teórico-prácticas con las Educadoras participantes, cubriendo los siguientes aspectos:

- 1.- Sesión práctica por las Educadoras.
- 2.- Evaluación de la práctica.
- 3.- Análisis de un tema de apoyo a su labor docente.
- 3.1.- Los temas que se manejan durante el año fueron:

Características del niño inmaduro, deficiente mental y con disfunción cerebral mínima.

Esfera emocional-social.

Esfera motriz. Ejercicios previos a la lecto escritura.

Esfera verbal.

Estimulación del lenguaje en el Jardín de Niños.

Funciones mentales.

Revisión del Test ABC de Filho. Su aplicación, calificación y evaluación correctas.

Evaluación del trabajo realizado en el transcurso del año.

- 4.- Evaluación del tema analizado empleando diferentes medios: exposición de conclusiones, cuestionario, lluvia de ideas.
- 5.- Sugerencia de material y actividades.
- 6.- Asuntos varios.

4.3.4.- Entrevistar en forma individual a los padres de los niños con problema; quedando integrada la información en la historia clínica. A continuación describo su contenido.

La Historia Clínica es una breve biografía del niño en relación a su gestación, nacimiento, enfermedades, y factores que conciernen a su desarrollo, herencia, hábitos de conducta, así como las condiciones ambientales de su vida.

El valor de la historia clínica radica en la exactitud de los datos obtenidos, éstos a su vez de los conocimientos de la persona que la realiza y de su habilidad para obtener la información necesaria.

La actitud del entrevistador es de vital importancia pues depende de la atención, interés y paciencia que muestre, lo que hará que se gane la confianza de la madre ya que repercutirá en la obtención de datos confiables.

Constituye la fuente mas importante de datos cuya correcta valoración permite ya un diagnóstico presuntual.

El formato que emplea el Departamento de Psicología está dividido en:

Ficha de Investigación.

Motivo de consulta.

Antecedentes Personales (Gestación, parto, post-natal).

Evolución de la primera infancia.

Enfermedades.

Antecedentes de la conducta del niño.

Antecedentes familiares.

Condiciones de su vida familiar.

En la historia clínica de niños con D.C.M. a veces el parto y el post-natal inmediato no dan ningún dato atribuible como causa, en éstos casos el diagnóstico se hace por eliminación. Enfatizo en este punto porque de acuerdo con los especialistas citados en el presente trabajo, la causa atribuible a D.C.M. en gran número de casos ocurre durante el parto.

También se presentan casos de niños con antecedentes de partos muy traumáticos que no dan manifestaciones de lesión; sus potencialidades son de tan alto grado que lo lesionado es en gran parte reemplazado por las neuronas que rodean la parte dañada desarrollando una mejor interrelación que permite la integración de las diversas funciones.

He de mencionar que los niños diagnosticados con D.C.M. sus datos de la Historia Clínica fueron significativos. De los resultados detallados de este estudio se hace la descripción - en el siguiente capítulo.

4.3.5.- Promover estudios, terapia o atención especial.

Los estudios de filtro, informe de la Educadora e historia clínica los integré en un expediente, continuando la canalización a estudio psicológico, indispensable en el diagnóstico. De los resultados de los estudios, analizando todos los

elementos que integraban el expediente, el Personal de Psicología consideró que había niños con signos evidentes de alteraciones por lo que procedió a enviarlos a estudio médico -- practicado por un neurólogo para confirmar el diagnóstico.

Los exámenes practicados por el especialista fueron:

Estudio electroencefalográfico.- Este estudio no hace el diagnóstico comenta el Dr. Velasco Fernández, sin embargo recomienda que se practique ya que puede proporcionar datos irrefutables de D.C.M.

Examen neurológico.- Específicamente encaminado a poner de manifiesto la presencia de los llamados signos blandos, tales signos pueden ser discretos trastornos del equilibrio, torpeza motora, incoordinación, dificultad en los movimientos oculares.

4.3.6.- Presentar al finalizar el año escolar a la C. Jefe del Departamento de Psicología y a las C. Inspectoras un informe general de los resultados obtenidos en los grupos que participaron en el Programa de Estimulación Compensatoria.

4.4.- Diagnóstico.

El diagnóstico implica conocimiento, descripción precisa, y evaluación cuidadosa de la sintomatología que permita planear el tratamiento a seguir.

El Departamento de Psicología y Psicopedagogía determinó que en el diagnóstico definitivo participara el equipo que intervino en el estudio del niño - Asesora, Coordinadora, Terapeuta de Lenguaje y Psicóloga- quienes analizamos, evaluamos los estudios descritos, e informe del neurólogo a fin de opi-

nar sobre el caso de acuerdo al enfoque de cada especialidad. En ésta forma se determinaron las necesidades de atención que iban a requerir los niños en estudio.

He de mencionar que de una población preescolar de 3er. - Grado de 161 niños, cuatro casos fueron diagnosticados con -- D.C.M., -y no a manera de etiquetar sino de ayudar- los cuáles se integraron a los grupos de D.C.M., Psicomotricidad (2 casos) y Lenguaje (3 casos) respectivamente, iniciándose así la posibilidad de una vida mejor.

4.5.- Tratamiento.

El tratamiento debe ser interdisciplinario, implicando la participación de los padres, neurólogo, terapeutas y maestros.

4.5.1.- Tratamiento médico. El papel de los medicamentos en --- D.C.M. es indispensable ya que los beneficios que se obtienen - son: disminución de la hiperquinesia, de la impulsividad (be--- rrinchez y agresiones), la conducta social cambia de la extro-- versión excesiva a un comportamiento estable, hay mejoría en el aprovechamiento escolar ya que aumentan los períodos de aten--- ción, hay más capacidad de memorizar; la aceptación de las personas que rodean al niño se hace evidente, razón por la cuál su personalidad se ve beneficiada, por consiguiente su autoestima se eleva.

Sin embargo la selección del medicamento adecuado resulta difícil debido a que ocasionan efectos secundarios, lo que ha - motivado que se realicen estudios al respecto.

Un ensayo clínico¹ llevado a cabo en México cuyo objetivo

(1) PUENTE ROSA MARIA.- Ob. cit.

fue comparar la utilidad terapéutica del tratamiento psicopedagógico y de la carbamazepina en niños de 4 a 7 años con D.C.M. fué el realizado por la Dra. Rosa Ma. Punete, Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Fray Bernardino Alvarez, la Dra. Laura Rotter, Directora del Departamento de Psicología y un grupo de Terapeutas; del cuál los resultados fueron los siguientes:

- 1.- El tratamiento médico en niños con D.C.M. es necesario.
- 2.- La carbamazepina es un valioso auxiliar en el tratamiento de D.C.M., es tolerada y su único efecto colateral es la somnolencia que desaparece mediante el ajuste de la dosis.
- 3.- El tratamiento con carbamazepina y psicopedagogía ofrece mejores resultados que cuando solo se administra carbamazepina y superiores a los logrados solo con psicopedagogía.

El metilfenidato comenta la Dra. Domeena C. Renshaw² en cuanto a efectos positivos:

- 1.- Constituye un valioso auxiliar en niños con D.C.M.
- 2.- Disminuye la impulsividad.
- 3.- Hay mayor capacidad de atención y concentración.
- 4.- Mejora la coordinación.
- 5.- Algunas veces hay desaparición o disminución de la enuresis.

Los posibles efectos negativos: Disminución del apetito, ocasionalmente perturbaciones del sueño (permanecer despierto hasta mas tarde)

(2) RENSCHAW C. DOMEENA. Ob. cit.

A los casos diagnosticados ya citados en el presente trabajo, se les administró: Carbamazepina -Tegretol- (Casos 1, 2 y 4) y metilfenidato -Ritalín- (Caso 3); notándose mejoría en la conducta a las dos semanas de iniciado el tratamiento.

El único efecto colateral fue somnolencia en dos casos la cuál desapareció al ajustar la dosis.

4.5.2.- Manejo Pedagógico. Integrados a los grupos correspondientes los niños con D.C.M., las Terapeutas llevaron a cabo una valoración individual para la selección de técnicas y material de acuerdo con el siguiente programa estructurado por áreas:

Objetivo del Programa: "Proporcionar estimulación psicopedagógica al niño con síndrome de disfunción cerebral mínima a través de actividades específicas a fin de lograr su integración a la escuela y en el ámbito social"³.

Area afectivo social: Enfoca dos aspectos: autonomía y sociabilidad.

Objetivo: "Lograr la autonomía del niño resolviendo problemas de la vida diaria, bastándose a sí mismo"⁴.

Area Psicomotriz: Referente a la precisión, coordinación, control y armonía en los movimientos.

Objetivo: "Integrar al niño a la escuela primaria sin alteraciones psicomotoras"⁵.

(3) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA. Ob. cit.

(4) Ibid.

(5) Ibid)

Area de Lenguaje: Enfocada a la expresión oral.

Objetivo: "Estimular la comprensión y expresión del lenguaje por medio de diferentes actividades que manejadas en forma global logren el desarrollo en este proceso"⁶.

Area Cognoscitiva: Aborda las funciones mentales: atención, memoria, análisis y síntesis, juicio y razonamiento.

Objetivos: "Concentrar la atención en un estímulo específico durante un tiempo determinado"⁷.

"Asociar en forma mediata e inmediata estímulos concretos conocidos con anterioridad, a hechos o estímulos presentes"⁸.

"Analizar y sintetizar las partes de un todo"⁹.

"Resolver por sí mismo situaciones que se le presentan, utilizando su capacidad de abstracción"¹⁰

Se recomendó a los padres que en la etapa escolar de no poder continuar los niños con atención especial, asistieran a grupos pequeños, salón con pocos estímulos, enterar a los maestros del problema a fin de que les brindaran mayor atención y estuvieran concientes de:

(6) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA. Ob. cit.

(7) Ibid.

(8) Ibid.

(9) Ibid.

(10) Ibid.

- a).- Evitar el fracaso dando estimulación y llevando el aprendizaje de lo fácil a lo difícil.
- b).- Utilizar múltiples elementos relevantes a la tarea como el uso de colores para resaltar los fonemas en la enseñanza de la lecto escritura.
- c).- Promover el refuerzo de aprendizaje (repetición).
- d).- Minimizar las distracciones.
- e).- Evitar correcciones y castigos humillantes.

Cruikshanck¹¹ propone estructurar varios elementos para el establecimiento de una situación favorable al aprendizaje tanto para la escuela como para el hogar:

- 1.- Establecimiento de limitaciones.- Cuando se establecen normas de conducta, los niños cuentan con una dirección para sus acciones. Estas limitaciones deben ser razonables, justas, provenir de un adulto capaz de hacer sentir que se han establecido para mejorar su conducta.

Las limitaciones cambiarán en la medida que la madurez del niño aumente.

- 2.- Aceptar al niño en todo momento, el adulto podrá rechazar la conducta, pero no podrá rechazar al que se conduce.

(11) CRUIKSHANCK WILLIAM M. Ob. cit.

3.- Consistencia.- Entendida como la coherencia en la conducta de parte del adulto, firmeza en las actitudes.

4.5.3.- Tratamiento Psicológico.- Se inició la modificación de actitudes con una información a los padres sobre la naturaleza orgánica del comportamiento del niño, ésto permitió un alivio de los sentimientos de culpa y angustia, orientaciones periódicas sobre el manejo de los niños con intercambio de experiencias los padres colaboraron positivamente con sus limitaciones.

Actualmente se recomienda la psicoterapia de juego porque se descargan las tensiones, se favorecen actitudes de respeto y obediencia a las reglas que marque la terapeuta. Además de -- encauzan los impulsos agresivos.

Las perspectivas del niño con D.C.M. son alentadoras, si se lleva un programa intenso, total y consistente que satisfaga sus necesidades emocionales, sociales, educativas; siempre -- con la participación activa, conjunta de padres, terapeutas, -- maestros y médico.

5.- INFORME DE RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS.

Siendo el medio ambiente un factor determinante en la formación del niño, considero necesario hacer una descripción del mismo, a efecto se señalar lo que rodeaba a los niños que capté con D.C.M., en mi función de Asesora del Departamento de Psicología durante el año escolar 1980-1981.

Cuajimalpa.- Zonas 48, 53 y 94.

El medio ambiente que rodeaba a los Jardines de Niños era en general humilde, con carencias como falta de agua, pavimentación, algunas viviendas insalubres formadas por uno o dos -- cuartos; aunado a lo anterior, un medio ambiente de malos tratos, abandono, irresponsabilidad e ignorancia.

Tacubaya.- Zona 14.

Medio circundante con luz, agua, pavimentación, casas --- construídas de concreto, vías de comunicación, edificios de departamentos; con un medio ambiente mejor estructurado, con padres concientes, responsables y escolarizados.

Ahora bien, de las zonas mencionadas, de una población - preescolar de 161 niños de 3er. grado, se detectó el 2.48% - (4 casos) con Disfunción Cerebral Mínima.

De los estudios que llevé a cabo los resultados fueron -- los siguientes:

Goodenough	Cociente Intelectual.
Caso 1	80
Caso 2	101
Caso 3	85
Caso 4	73

Observándose desintegración de la figura humana (Casos 1, y 4), escasos elementos (Casos 1, 3 y 4), perseverancia en -- los trazos (Caso 2).

Rutgers	Cociente Intelectual.
Caso 1	78
Caso 2	86
Caso 3	80
Caso 4	82

Observándose en general limitada percepción, desintegración de figuras, deficiente coordinación visomotora.

Exploración Lingüística.

En los cuatro casos se presentó buen nivel de comprensión y razonamiento adecuado.

Requirieron terapia de lenguaje: 3 Casos (por presentar dislalias) habiendo un caso de tartamudez entre los niños canalizados.

Historia Clínica.-

Datos relevantes:	Número de casos.
Embarazo a término: 9 meses	4
Alimentación deficiente de la madre - durante el embarazo.	4
Parto atendido por parteras o comadronas.	3
Parto 'atendido' por médico.	1
Lloró al nacer.	1
No lloró (nació amoratado).	2
No se sabe	1
No aceptaba que se le alimentara.	1
Primeras frases a los tres años	1
No hay control de esfínteres (nocturno).	1
Enfermedades:	
Temperatura alta con hemorragia.	1
Temperatura alta con convulsiones.	1
Deshidratación.	1
Incidentes notorios:	
Temores nocturnos.	3
Sueño intranquilo.	4
Onicofagia.	1
Caídas frecuentes.	2
Descripción del niño hecha por los padres:	
Agresivo.	4
Berrinchudo	4
Muy inquieto.	4
Distraído.	4

	Número de casos.
Desobediente.	4
No mide el peligro.	2
Violento.	3
Nervioso.	2
Llora frecuentemente.	3
No termina las cosas que empieza.	4
Cambia de humor rápidamente.	4
Protege a los niños mas pequeños.	2
Relaciones familiares:	
Desfavorables.	3
Nivel socio-económico:	
Bajo.	3
Medio.	1
Reporte de la Educadora:	
Canalizado por problema de conducta.	4
Atención dispersa.	4
Agrede a sus compañeros.	4
Impulsivo.	4
Escasa participación en tareas de -- grupo.	4
No termina sus actividades.	4
Desobediencia.	4
Hiperquinesia.	4
Capacidad de aprendizaje disminuída.	4
Labilidad emocional.	4
Cambia constantemente de actividad.	4
Trastornos de lenguaje.	3

Los resultados de los estudios médicos fueron:

Diagnóstico del neurólogo:	Número de casos.
Disfunción Cerebral Mínima	4
Tratamiento con medicamento.	4
. se manifiestan problemas motores, perceptuales y de conducta.	4
Al término del año escolar:	
Continuaron con tratamiento médico:	4
Se canalizaron a escuela primaria regular:	2
Requirieron continuar dentro del Departamento de Psicología:	2 ⁺
Superaron su problema de lenguaje:	2
Recibieron atención y estimulación en su hogar:	4

Para efectos de ilustrar el trabajo realizado en la detección de D.C.M., se anexan estudios de uno de los 4 casos -- anteriormente mencionados.

(+) Solo continuó un niño.

Perfil de los casos presentados al término del año escolar:¹

La adaptación de los niños a situaciones nuevas e imprevistas fueron adecuadas, respetando reglas y normas de conducta.

Sus alteraciones de conducta fueron controlables, participando en grupo, respetando el trabajo de los demás.

Su nivel de lenguaje mejoró con estructuras adecuadas, se corrigieron sus dislalias. Un niño requirió continuar en terapia de lenguaje.

Progresaron en la coordinación de sus movimientos. Un caso continuó en terapia de psicomotricidad.

Las alteraciones perceptuales se superaron en un grado -- significativo en dos casos.

Su atención se pudo fijar por períodos más largos en los cuatro casos.

Es importante señalar que los resultados fueron favorables por la estimulación dada tanto de padres, educadoras, terapeutas aún cuando dos niños requirieron quedarse otro año -- dentro del Departamento de Psicología.

(1) Resumen de informes de Terapeutas.

CONCLUSIONES

La conducta del preescolar en general se presenta constantemente como un medio de ajuste para adaptarse al medio ambiente. Sin embargo hay conductas como la agresividad, la impulsividad, la atención dispersa, la inquietud constante o el bajo rendimiento que algunos niños manifiestan en forma permanente en los grupos.

Si la atención oportuna es factor determinante en niños con alteraciones en su desarrollo, no resulta congruente que las Educadoras no cuenten en su formación profesional con la información sobre la detección de problemas dentro del aula, que requieren la atención de especialistas.

En la detección oportuna de D.C.M. aunada al manejo adecuado, el niño puede ser capaz y será un ser útil, productivo de valor para la sociedad.

El niño con D.C.M. se nos presenta como un reto. En apariencia es normal y sin embargo muestra problemas sutiles y complicados. No ha logrado aprender, y sin embargo tiene potencial para aprender y puede aprender.

El niño es la riqueza universal, por consiguiente los educadores debemos tener un amplio sentido de responsabilidad en el desempeño de nuestras funciones, solo así la labor será efectiva, fructífera y satisfactoria.

075939

PROPUESTAS

Es fundamental que a las Educadoras se les informe ampliamente a través de programas debidamente estructurados, sobre los factores que afectan el aprendizaje en los niños, la detección dentro del aula e instituciones donde canalizarlos.

Ante la evidencia de la trascendental labor que desempeña el Departamento de Psicología y Psicopedagogía con los niños - que presentan alteraciones en su desarrollo, se hace necesario que se prosiga la expansión de Centros de Atención Preventiva dependientes de la mencionada institución para así hacer llegar la ayuda a un mayor número de niños.

Es esencial que en el tratamiento de niños con D.C.M. se incluya un Programa a Padres, con el cuál en sesiones regulares ellos viertan sus experiencias, logros y fracasos, a efecto de brindarles la orientación adecuada sobre el manejo de sus hijos.

Si los padres, los profesionales en niños con D.C.M. mantienen sus esfuerzos, la ayuda eficaz podrá cumplirse razonablemente.

Se requiere que la Secretaría de Educación Pública, elabore y publique un directorio con nombres de las instituciones que atienden niños con problemas, servicios que brindan, su ubicación, requisitos para la atención; y que se distribuya en todos los planteles educativos.

Siempre un mejor y mayor conocimiento del niño, redundará en beneficio del futuro de una Nación.

BIBLIOGRAFIA.

- BARRIGA, VAZQUEZ FRANCISCO.- Síndrome de disfunción cerebral. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. México. -- S.E.P. 1984.
- CRUICKSHANK, WILLIAM M.- El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad. México. Ed. Trillas -- 1979.
- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.- Apuntes. México. 1981.
- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.- Programa de atención preventiva de educación preescolar. México. S.E.P. 1984.
- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.- Programa de Detección y Prevención de Educación Preescolar. México. S.E.P. 1984.
- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.- Programa de Estimulación Compensatoria. México. 1980.
- DOMINGUEZ, FRANCISCO.- Conferencia. México. 1981.
- LESTER, TARNAPOL.- Dificultades para el aprendizaje. México-Ed. Prensa Médica Mexicana. 1980.
- RENSHAW, DOMEENA C.- El niño hiperactivo. México. Ed. Prensa Médica Mexicana. 1980.
- PUENTE, ROSA MARIA.- Síndrome de disfunción cerebral mínima: psicopedagogía y tratamiento medicamentoso. México. Compendium, Vol. I No. 1. 1980.
- VELASCO, FERNANDEZ RAFAEL.- El niño hiperquinético. México. Ed. Trillas. 1979.

ANEXOS.

DIRECCION GENERAL DE EDUCACION PREESCOLAR.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA Y PSICOPEVAGOGIA.

TEST RUTGERTS.

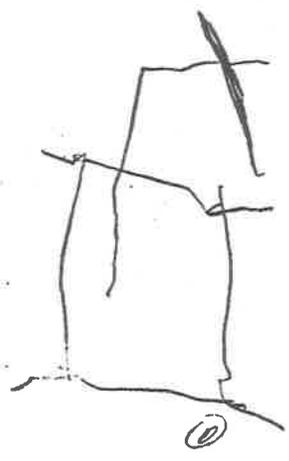
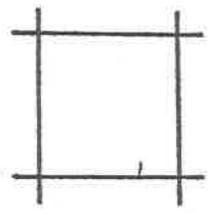
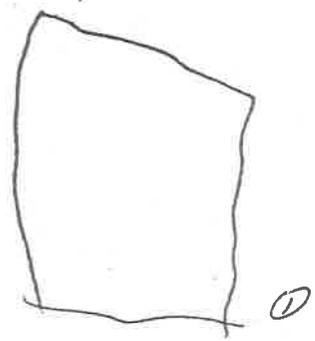
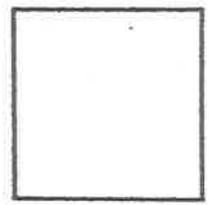
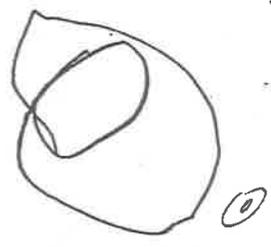
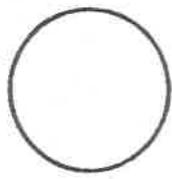
NOMBRE José Iván Saldaña García
FECHA DE NACIMIENTO 5 Nov-75 E.C. 5^o/12
FECHA DE APLICACION 6- Nov-80
PUNTAJE 2 E.M. 4^o/12 G.I. 80

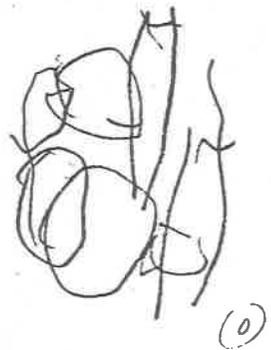
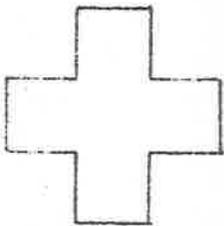
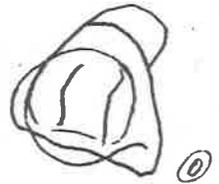
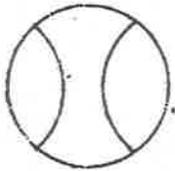
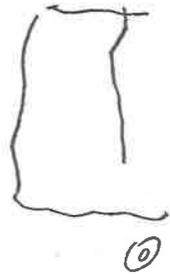
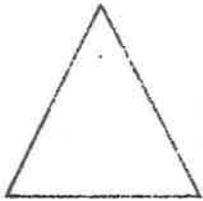
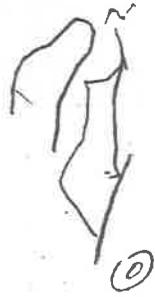
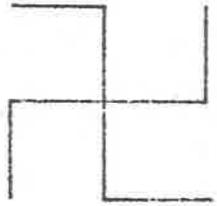
|

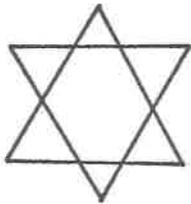
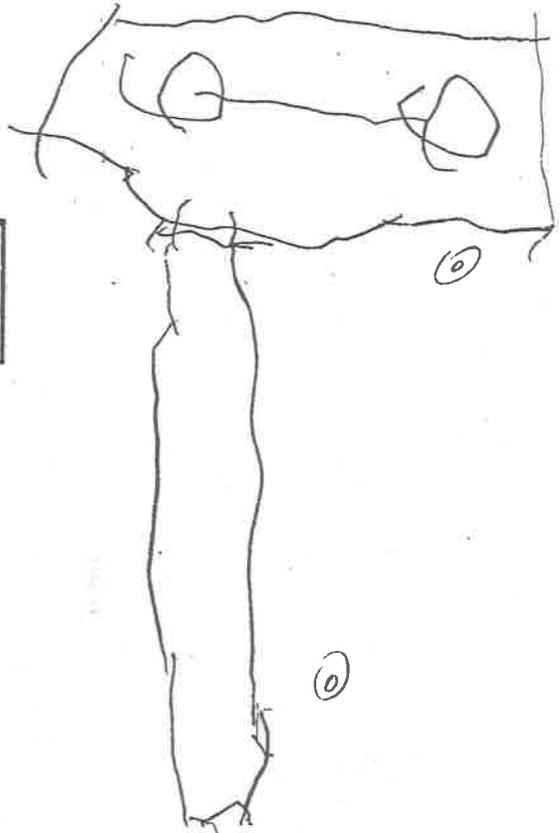
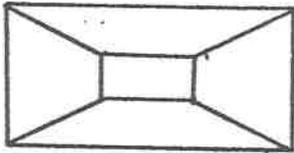
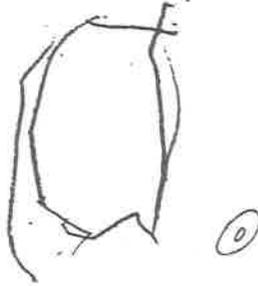
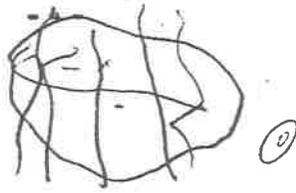
+

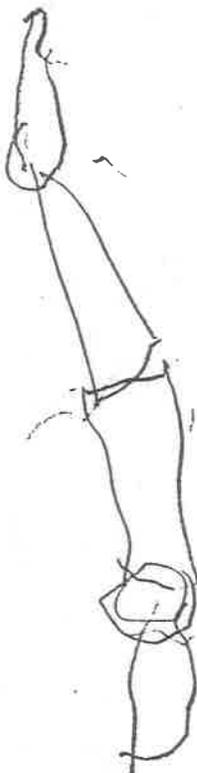
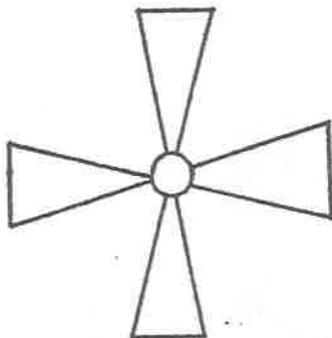
—

①









LA TERAPEUTA

George
Georgio Feladiz

HOJA DE CALIFICACION DE LA PRUEBA DE
GOODENOUGH.

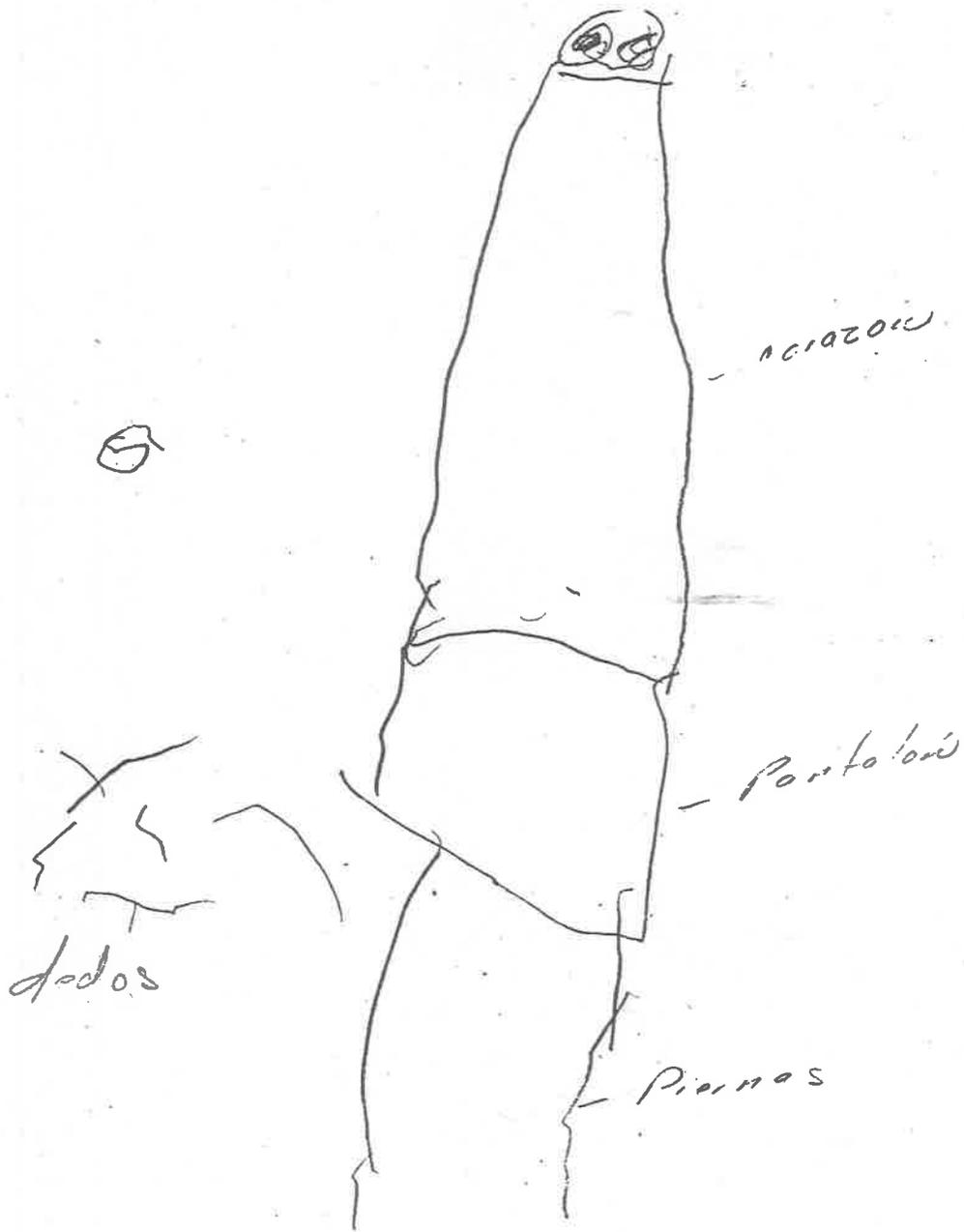
- | | |
|--|---|
| <p>1.- Cabeza presente. ✓
 2.- Piernas presentes. ✓
 3.- Brazos presentes.
 4a.-Tronco más largo que ancho. ✓
 4b.-Tronco presente. ✓
 4c.-Hombros.
 5a.-Brazos y piernas unidas al tronco.
 5b.-Brazos y piernas unidos al tronco-
 correctamente.
 6a.-Cuello presente.
 6b.-Lineas del cuello.
 7a.-Ojos presentes. ✓
 7b.-Nariz presente.
 7c.-Boca presente.
 7d.-Boca y nariz en dos dimensiones.
 7e.-Orificios de la nariz.
 (labios señalados)
 8a.-Cabello presente.
 8b.-Cabello no garabateado.
 (no exceda circunferencia cabeza)
 9a.-Ropa presente.
 9b.-Dos prendas de vestir.
 9c.-Dibujo completo (con ropa)
 sin transparencias.
 9d.-Cuatro prendas de ropa bien defini-
 das.
 9e.-Vestido completo sin incongruen-
 cias.
 10a.-Dedos presentes.
 10b.-Número correcto de dedos.
 10c.-Detalle de dedos.</p> | <p>10d.- Pulgar opuesto.
 10e.- Mano diferenciada.
 11a.- Articulación brazos.
 11b.- Articulación piernas.
 12a.- Proporción cabeza.
 12b.- Proporción brazos.
 12c.- Proporción piernas.
 12d.- Proporción pies.
 12e.- Proporción (dos dimensiones)
 13.- Indicación de tacones.
 14a.- Coordinación Motora (A).
 14b.- Coordinación Motora (B).
 14c.- Coordinación Motora.
 (contorno cabeza).
 14d.- Coordinación Motora.
 14e.- Coordinación Motora.
 (Brazos y piernas)
 14f.- Coordinación Motora.
 (Facciones).
 15a.- Orejas presentes.
 15b.- Orejas, posición y proporción.
 16a.- Cejas o pestañas.
 16b.- Pupila.
 16c.- Proporción ojo.
 16d.- Mirada.
 17a.- Barba y frente.
 17b.- Proyección de la barba.
 18a.- Perfil "A" sin más de un error.
 18b.- Perfil "B" correcto.</p> |
|--|---|

Nombre: José Juan Saldaña Puntaje total. 5

Fecha de nacimiento. 5-Nov-1925 E.C. 50/2

Fecha de Examen. 6-Nov-1980 E.M. 43/2

Examinador. Georgina Meléndez C.I. 85



Tecun
6-Nov-80

DIRECCION GENERAL DE EDUCACION PREESCOLAR
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA Y PSICOPEDAGOGIA

Exploración lingüística del niño preescolar

Ficha de identificación:

Nombre del niño: Ivan Saldaña Garcia

Dirección: Av. de la Libertad 5 años 0 meses

Nacido en D.F.

Lugares donde ha permanecido más de 6 meses Cuajalpa

Otras lenguas además del Español no

Cuestionario aplicado por: Francisca Martínez

Fecha de aplicación: 6-Mar-80

// - - - - - //

1.- Conversación

1.1 Preguntas:

¿Cómo te llamas? Ivan Garcia Saldaña

¿Eres niño o niña? niño

¿Cuántos años tienes? cinco

¿Dónde vives? se va para luego subir

¿Cómo se llama tu papá? Lolo

¿Cómo se llama tu mamá? Abigayla

¿A qué te gusta jugar? correr garibón

1.2 Diálogo dirigido:

¿Qué hiciste hoy? cartillos

¿Qué programa de T.V. te gusta más? Gaspard

¿A dónde fuiste el domingo? a Tolu a ver los
animales del zoológico

Observaciones:

El niño es inquieto, atención dispersa.
Responde a la educadora como niño con
problemas serios de conducta, agreda a
sus compañeros, ante seridos, se
mucha, inquieto, distraído, no obedece.
No identifica, celebrando espontáneamente
se en esta exploración aún cuando se

→

2.- Comprensión

2.1 Ordenes.

2.1.1 Simplea

Dame la pelota la pelota'

Pon la pelota atrás de la puerta la pelota'

Toma la pelota que está adelante de tí la pelota'

2.2 Preguntas:

2.2.1 ¿Qué es esto? circulo

¿De qué color es? rojo

2.2.2 ¿Que ves aquí? sapato

¿Dónde están? siñala

¿De qué tamaño es ésta? (grande-chica) grande - obliquita

¿Cuántas son? siete

¿Para qué sirven? para leche

2.2.3 ¿Qué está haciendo? (Verbos)

(Niña llorando) esta llorando

(Niña viendo la tele) sentada viendo la tele

(Niño brincando) corriendo

(Niña cortando flores) recortando las flores

(Niños viendo un cuento) haciendo la tarea

(Niños arreglándose)

¿Qué están haciendo los niños? quitándose los zapatos

¿Quién es? (señalar a la mamá) la mamá

¿Qué está haciendo la mamá? está recortando

¿Por qué? porque se va a ir a su escuela

2.2 Preguntas de razonamiento (Gesell)

¿Qué haces cuando tienes hambre? le digo a mi

hijo o a mi aguilta y me dan

¿Qué haces cuando tienes sueño? me duermo

¿Que haces cuando tienes frio? ponerme un

suéter

¿Que haces cuando has perdido algo? buscarlo

¿Qué haces antes de atravesar la calle? ver que

no pasen los coches

3.- Expresión.

3.1 Articulación:

	Espontáneo	Imitación		Espontáneo	Imitación
ficha	_____	_____	✓ Oreja	<u>vibrar</u>	<u>oreja</u>
estufa	_____ ✓	_____	Llante	<u>tina</u>	_____ ✓
vela	_____	_____	✓ gato	_____ ✓	_____
dedo	<u>mano</u>	<u>dedo</u>	mago	_____	_____
candado	<u>gancho</u>	_____	✓ uña	_____	_____ ✓
Limón	_____ ✓	_____	cera	<u>cabeza</u>	_____ ✓
pastel	_____ ✓	_____	nsriz	<u>no sé</u>	_____ ✓
calzón	_____ ✓	_____	amarillo	_____ ✓	_____
silla	_____ ✓	_____	ratón	<u>oreja</u>	_____ ✓
oso	<u>sana</u>	<u>oso</u>	perro	_____ ✓	_____
Lápiz	_____ ✓	_____	tenedor	<u>tenedor</u>	_____
pescado	_____ ✓	_____	barco	_____ ✓	_____
Campana	_____ ✓	_____	plátano	_____ ✓	_____
muñeca	<u>niña</u>	_____	✓ flores	_____ ✓	_____
jitomate	<u>postopader</u>	_____	✓ blanco	_____ ✓	_____
indio	<u>niño</u>	_____	✓ primo	_____	<u>primo</u>
globo	<u>aviso</u>	_____	✓ zanahoria	_____	_____ ✓
fresa	<u>fresa</u>	_____	✓ bailarina	_____	_____ ✓
brazo	<u>mano</u>	<u>brazo</u>	piano	_____ ✓	_____
tres	<u>aviso</u>	_____	✓ dientes	_____ ✓	_____
cruc.	_____ ✓	_____	chicle	_____ ✓	_____
grande	_____ ✓	_____	cuerno	<u>donos</u>	_____ ✓

Se pedirá el niño sólo por imitación.

3.2 Discriminación fonológica.

Ejemplo:

Beto fuma pipe Beto fuma pipa

- 1.- El avión es café El avión es café
- 2.- Estela juega con dados Estela juega con dados
- 3.- Pinta una piña Pinta una piña
- 4.- Chucho saca las gallinas Chucho saca las gallinas
- 5.- Nancy tiene una caja roja Nancy tiene una caja roja
- 6.- Clara plencia su blusa de cuadros Clara plencia su blusa de cuadros
- 7.- Gloria compro un gran libro. Gloria compró un gran libro

3.3

Descripción de una lámina: se llevó un papa

un niño haciendo su tarea

unas manías sentadas en

un tri sillón unas niñas

dándole comida a su papa

una pectay un espejo una

puata

Evaluación:

Comunicación: el niño participó en forma espontánea aunque muy inseguro y en ocasiones inseguro.

Comprensión: Español entendió; hay errores gramaticales en algunas palabras como - formas.

Desarrollo: adecuadamente.

Interacción: Comunicación al final de la palabra con el lenguaje establecido de la (ver el)

Conclusiones:

Se sentaron cómodos ya que hay problemas en un nivel perceptual, PPS. (ver Rutina) lenguaje en desarrollo, motricidad gruesa, problemas de coordinación.

Información incompleta.
Se citó a la mamá del niño
la próxima semana.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA Y PSICOPEDAGOGIA
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION PREESCOLAR.

HISTORIA CLINICA

Fecha 13- Noviembre - 1980
Nombre y apellido Saldarriaga Familia José Iván
Paterno Materno Nombre (s)
Direccion Alfaro foto 8 Manzana 12 Tel:
Fecha y lugar de nacimiento 5-Nov-1975 D. Edad: 5^o/12
Jardín de Niños: José M. Morales Clave: 4-83-XCIV
Ubicación: Ebano y Hermandad
Tel: Grado que cursa: 3^o
Servicios Médicos: Insumia NO. Afiliación:
Proporciona la información: El padre del niño
Motivo de consulta: no sabe

ANTECEDENTES PERSONALES

Gestación: Embarazo no deseado, aparentemente normal de 9 meses. Buena alimentación.
Parto Con dolores continuos desde las 00:00
Postnatal aparentemente sin problemas.

Peso al nacer 3 Kgs Talla no sabe
Alimentación.

Materna NO Hasta que edad Motivo la madre (2)

Artificial SI Hasta que edad 1^o/12

Mixta Desde el año Hasta que edad 2^o/12

Problemas digestivos Se sufraba con frecuencia del estómago.

Sueño Interrumpido por los ruidos.

Problemas de alimentación.

Al privarse del seno materno.

Al suprimir el biberón Hasta, comió nuevos (3^o/12)

Para aceptar alimentos sólidos Sin problemas.

Masticación Adeuada

EVOLUCION DE LA PRIMERA INFANCIA

- 1.- Cabeza erguida no sabe 5.- Edad primer diente no sabe
- 2.- Sedestación 0^o/12 6.- Primeras palabras 1^o/12
- 3.- Bipedestación 1^o/12 7.- Primeras frases 3^o/12
- 4.- Primeros pasos 1^o/12

- Datos proporcionados por el
cvt. padre y/o, actualmente está
separado de la madre.
El niño vive con su padre y abuelo.
- Datos proporcionados por la madre.

Control de Esfínteres:

Diurno: _____

Nocturno: no lo hay.

Educación del control de esfínteres (edad, método, incidentes...) _____

lo controla.

Estancamiento o regresiones en el Desarrollo:

Esfera Motriz unos segundos Motivo: no solo.

Esfera Lingüística no Motivo: no

Esfera Cognoscitiva no Motivo: _____

OTROS: _____

Lateralidad: Diestro

Deficiencias Sensoriales:

Oído: no

Vista: no

Defecto físico: no

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Naturaleza	Edad	Gravedad o Complicaciones
<u>Temperatura alta</u>	<u>2^o/12</u>	<u>Febr. internado</u>
<u>celo hemorragia.</u>		<u>2 días.</u>
<u>Deshidratación.</u>	<u>8/12</u>	<u>Delirado internado</u>
		<u>7 días.</u>
<u>Variola.</u>	<u>3^o/12</u>	<u>Sin complicaciones.</u>

Enfermedades que padece actualmente: Tos

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Signos de Meningitis no Edad _____

Fiebres mal explicadas si Edad 2^o/12

AUSENCIAS? no

Convulsiones? no

Frecuencia: _____ Tiempo _____

Características: _____

Alergias: no

Vacunaciones Edad Reacción o Complicaciones

No está vacunado.

Operaciones: _____

Incidentes Notorios (temores, accidentes, emociones, etc) _____

Quando cae en mo. Temor no (3)

Nota: En lo indico al padre para
cuál. a vacunar al niño

CARACTERÍSTICAS DE SU CONDUCTA

Alimentación: Leche, arroz, frijoles y café
 Características de la alimentación: Dependiente
 Horario de sueño: 7 p.m. a 7 a.m.
 Características del sueño: Interrumpido
 Con quien duerme: Con su abuelita

Breve descripción del niño (forma de ser) Muy travieso, agresivo, muy noble, desobediente, se enoja (4)
 Relaciones con los padres: Es cariñoso con su madre y obedece solo por momentos (3) conviene
 Relaciones con los hermanos: Agresivo

Relación con otros (amigos, familiares, sirvientes, etc.) Se peleó poco a los años más pequeños por jugar
 Adaptación al Jardín de Niños: Sin problemas

Comentarios sobre el Jardín de Niños: Le gusta asistir

Actividades que realiza durante sus horas libres: Juega y ve televisión

ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE	NOMBRE	PADRES
<u>M. de Lourdes García</u>	<u>Hilario Saldana</u>	
<u>32 años</u>	Edad	<u>37 años</u>
<u>Buena</u>	Edo. Gral. de salud.	<u>Buena</u>
<u>—</u>	Si ha muerto	<u>—</u>
<u>—</u>	Precisar la causa	<u>—</u>
<u>no</u>	Defectos físicos	<u>no</u>
<u>no</u>	Problema de Lenguaje	<u>no</u>
<u>Diestro</u>	Lateralidad	<u>Diestro</u>
* <u>no se sabe</u>	Ocupación	<u>Aperto de danza</u>
<u>Bajo</u>	Nivel Socio-económico	<u>Bajo</u>
<u>Primaria</u>	Estudios	<u>Sec. Donzule Padilla</u>
<u>Se alteraba sin motivo</u>	Estabilidad emocional	<u>Buena</u>
<u>no</u>	Hábitos viciosos	<u>no</u>
<u>Están separados</u>	Relación entre ellos	<u>Mala Muchos</u>
<u>No muestra ira</u>	Actitud ante el nacimiento del niño	<u>Recepción</u>
<u>Recepción</u>	Actitud ante el nacimiento de otros hijos	<u>Recepción</u>

* La señora informó que trabajó en una fábrica

no sordera en algún familiar no
no Problemas del lenguaje no
no En algún familiar no
no Problemas mentales de cond. no
no Epilepsia no

Sexo	Edad	Descripción Patcomortiz	Escotardad Aprendizaje-Defecto Físico	Observaciones
		Desarrollo de Lenguaje		
1	Femenino	Normal	Normal	no
2	Femenino	Normal	Normal	no
3	Femenino	Normal	Normal	no
4				
5				
6				
7				
8				
No de Hermanos <u>1</u>		No de Hermanos <u>1</u>		Lugar que ocupa entre ellos <u>2</u>
Relación entre los hermanos <u>Normal</u>				
Relación con los padres <u>Normal</u>				
Condiciones de la vivienda <u>Buena</u>		Condiciones de vida familiar <u>Buena</u>		
Personas que viven en la misma casa <u>3</u>				
Relaciones entre ellos <u>Buena</u>				
Relaciones con los vecinos <u>Buena</u>				

Nombre de la persona que efectuó la Historia.



 FIRMA



issemym

DEPARTAMENTO
OFICIO No.
EXPEDIENTE

ASUNTO: INFORME PSICOLÓGICO Y TERAPIA DE LENGUAJE.

Cd. Satélite a 23 de Abril de 1981.

A quien corresponda:

Se llevaron a cabo entrevistas con el padre, recabandose los siguientes datos, el menor de 6 años ocupa el segundo lugar de 3-- hijos, la situación familiar es inestable, los padres se encuentran separados, quedando los 3 hijos al cuidado de la abuela paterna la mayor parte del tiempo. Existe rechazo manifiesto por parte de la madre. El paciente es agresivo con personas de su edad, se aísla ante situaciones sumamente frustrantes, en las primeras entrevistas se muestra inhibido, con temblor en las manos. Existen problemas de decodificación, discrimina colores y formas.

Es cooperador con lapsos cortos de atención. Incoordinación motora fina, problemas perceptuales visuales en las áreas de asociación y figura-fondo, fallas perceptuales auditivas. Memoria secuencial y asociación. Esquema corporal a nivel de localización y función, no hay proyección del mismo.

Lenguaje completo mal estructurado, presenta dislalias en fonemas, L, rr, y s, buena comprensión del mismo.

Se anexan resultados de E.G.

Los datos indican escasa actividad normal cortical y subcortical aislado, paroxística lenta de bajo voltaje en todas las derivaciones de ambos hemisferios cerebrales sin predominio de zona o segmento

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios



ISSEMYM

DEPARTAMENTO

OFICIO No.

EXPEDIENTE

ASUNTO:

en especial. No se encontraron signos focales corticales anormales independientes agregados ni asimetrías significativas en el trazo actual.

Presenta hiperquinesis tratados con Ritalin.

Conclusión: Se trata de paciente con disfunción cerebral mínima, mal manejo familiar por lo que se recomienda terapia de lenguaje para el menor y psicoterapia para padres, suponemos que continuando el tratamiento el paciente puede incorporarse a la escuela primaria.

Atentamente.

Psic. Lourdes Mañón Garbay

T.L. Lucía de la Garza H.

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

ALLENDE, 101 PRIMER PISO

APARTADO POSTAL 67

TOLUCA, MEX.



FORMA C.-G-1 A.

Dirección Gral. de Educ.
Preescolar.

Subdirección Técnica.
Depto. de Psicología y
Psicopedagogía.

ASUNTO: Reconocimiento por la labor realizada en
el presente año.

México, D. F. a 20 de Junio de 1980

C. Profa. Georgina Melendez
Jardín de Niños "Brígida Alfaro"
Clave M-21-XXX
P R E S E N T E.

La que suscribe, Jefe del Departamento de Psicología y
Psicopedagogía de la Dirección General de Educación Preesco-
lar, Profra. Laura Rotter Hernández, agradece su participación en
el Programa de Estimulación Compensatoria, y la felicita por el
entusiasmo y esfuerzo realizado como se demostró en los resultados
obtenidos que beneficiaron al grupo que estuvo a su digno cargo.

Atentamente:



S. E. P.
Dirección Gral. de Educ.
Preescolar
Depto. de Psicología y
Psicopedagogía Infantil
México 21, D. F.

Laura Rotter
PROFRA. LAURA ROTTER H.



SECRETARIA
DE
EDUCACION PUBLICA

SUBSECRETARIA DE EDUCACION
BASICA

DEPENDENCIA DIRECCION GENERAL DE
EDUCACION PREESCOLAR

SECCION DEPTO. DE SERV. ADMVOS.
MESA OPNA. DE REC. HUMANOS
NUMERO DEL OFICIO 217-13166
EXPEDIENTE

ASUNTO: Que pase a prestar sus servicios al
Depto. de Psicología y Psicopedago-
gía Infantil

México, D. F., septiembre 3 de 1980

C. PROFRA.
GEORGINA MELENDEZ VILLANUEVA
PATRICIO SAENZ # 507-701
COL. DEL VALLE
MEXICO D. F

Esta Dirección General ha dispuesto que con su carácter
de Maestra de Jardín de Niños en el D. F., claves:110112110721-
51-E-01-80/339, pase a prestar sus servicios del Jardín de Ni-
ños M-21-XXX "BRIGIDA ALFARO", al Departamento de Psicología y
Psicopedagogía Infantil, ubicado en General Anaya 293, Coyoacán
D. F



TENTAMENTE
LA DIRECTORA GENERAL

[Signature]
ALEXANDRA AGUILAR DEL VALLE

SUBDIRECCION O L. E.
EDUCACION PREESCOLAR

- c.c.p. C. Profr. Joel Cortes Valadez Director de Personal Subsecretaría de Educación Básica.- Manuel Doblado # 39 4o. Piso México 1, D. F
- c.c.p. Lic. Amalia Cortes Díaz Jefe del Depto. de Planeación de la Subdirección Técnica.- Presente
- c.c.p. Dra. Laura Retter Hernández Jefe del Depto. de Psicología Inf. Gral. Anaya 293 Coyoacán; D. F
- c.c.p. C. Profra. Alicia Mendiola Bonaga Insp. de la zona XXX.- Mier y Pesado #138 México 12 D. F
- c.c.p. C. Profra. Martha García Paniagua Coord. Admva. del Depto. de Psicología y Psicopedagogía Inf.Gral. Anaya 293 Coyoacán, D. F
- c.c.p. C. Profra. Directora del J.N. M-21-XXX.- Mier y Pesado 245 Col. del Valle Z. P. 12

ELE/SRG/mevr.

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CITARSE LOS
SINOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL ANGLULO
SUPERIOR DERECHO.

[Handwritten initials]



SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

FORMA C-G-1 A.

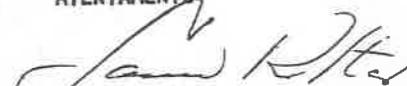
ASUNTO: FELICITACIÓN.

MÉXICO, D. F., A 29 DE JUNIO DE 1981.

C. PROFRA. GEORGINA MELENDEZ.
P R E S E N T E .

LA QUE SUSCRIBE, DRA. LAURA ROTTER HERNÁNDEZ, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN PREESCOLAR, FELICITA A USTED POR SU ENTUSIASMO Y ESFUERZO, QUE DEMOSTRÓ CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ZONAS QUE ESTUVIERON A SU CARGO COMO ASESORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COMPENSATORIA.

ATENTAMENTE



DRA. LAURA ROTTER HERNÁNDEZ.



SECRETARIA
DE
EDUCACION PUBLICA

FORMA C.-G-1 A.

ASUNTO: FELICITACIÓN.

MÉXICO, D. F., A 29 DE JUNIO DE 1982.

C. PROFRA. GEORGINA MELENDEZ;
P R E S E N T E .

LA QUE SUSCRIBE, DRA. LAURA ROTTER HERNÁNDEZ, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN PREESCOLAR, FELICITA A USTED POR SU ENTUSIASMO Y ESFUERZO, QUE DEMOSTRÓ CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ZONAS QUE ESTUVIERON A SU CARGO COMO - ASESORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COMPENSATORIA.

ATENTAMENTE

DRA. LAURA ROTTER HERNÁNDEZ.



SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

DEPENDENCIA DIRECCION GENERAL DE
EDUCACION PREESCOLAR
SECCION SUBDIRECCION TECNICA
MESA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Y PSICOPEDAGOGIA.
NUMERO DE OFICIO 20890/83-84.
EXPEDIENTE

ASUNTO: Pasa a prestar sus servicios.

México, D.F., septiembre 19 de 1983

C. Profra.
Georgina Meléndez Villanueva
P r e s e n t e

Me permito comunicarle que ha sido designada para desempeñar su trabajo como Asesora del Programa de Estimulación Compensatoria, con su clave; 110112110721.51-E-01-80/339, con horario de 8:30 a 12:30 horas por lo que deberá presentarse con la Profra. Micaela Lezama Rufz, Jefe de la Sección de Prevención y Detección en este Departamento.

A t e n t a m e n t e
Jefe del Departamento



Profra. Salvador *[Firma]*

S. E. P.
DIRECCION GENERAL DE
EDUCACION PREESCOLAR
SUBDIRECCION TECNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Y PSICOPEDAGOGIA
CALLE: BOYANCAN Z. P. 21

c.c.p.- su expediente de archivo.

SVC/ECR/rif.

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CITENSE LOS
DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL ANGLULO
SUPERIOR DERECHO



SECRETARIA
DE
EDUCACION PUBLICA

DEPENDENCIA DIRECCION GENERAL DE
EDUCACION PREESCOLAR
SUBDIRECCION TECNICA
SECCION DEPTO. DE PSICOLOGIA
MESA Y PSICOPEDAGOGIA
NUMERO DEL OFICIO 21696/84
EXPEDIENTE

ASUNTO: Comisión

México, D.F., Agosto 24 de 1984

C. PROFRA.
GEORGINA MELENDEZ VILLANUEVA
P R E S E N T E

Considerando su capacidad técnica y la experiencia adquirida en las actividades que se realizan en el Departamento de Psicología y Psicopedagogía de la Dirección General de Educación Preescolar, me permito comunicarle, que ha sido designada para desempeñar su trabajo como Responsable de Detección y Prevención, mismo que deberá cubrir en el CAPEP Lomas de Becerra,

Deseándole éxito en esta comisión, aprovecho la oportunidad para reiterar a usted las seguridades de mi atenta y distinguida consideración.

Atentamente
Jefe del Departamento



Salvador Gómez
Profra. Salvador Gómez
S. E. P.
DIREC. GRAL. DE
EDUC. PREESCOLAR
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
DEPTO. DE PSICOLOGIA
Y PSICOPEDAGOGIA
SEDE: COTACAMAN 2. P. 21

c.c.p.- Directora del Capep Lomas Becerra.- Profra. Alma Rosa Olea G.
P r e s e n t e .
- Expediente
- Archivo

SVC/SID/pps.

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CITENSE LOS
DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL ANGLULO
SUPERIOR DERECHO.