



UNIVERSIDAD  
PEDAGOGICA  
NACIONAL

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

UNIDAD 099 D.F. PONIENTE



DISFUNCION CEREBRAL MINIMA  
EN NIÑOS PREESCOLARES  
Y SU POSIBLE DETECCION  
EN EL AULA

O. CRISTIANA MERINO FLORES

ENSAYO PRESENTADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN EDUCACION PREESCOLAR

MEXICO. D. F.

1988

DICTAMEN DE TRABAJO PARA TITULACION

México, D.F., a 27 de octubre de 1988.

C. OIGA CRISTIANA MERINO FLORES

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Titulación de esta Unidad y como resultado del análisis realizado a su trabajo, Intitulado: DISFUNCION CEREBRAL MINIMA EN NIÑOS PREESCOLARES Y SU POSIBLE DETECCION EN EL AULA, opción Tesina, a propuesta del asesor, C. Hector Palafox - López, manifiesto a usted que reúne los requisitos académicos establecidos al respecto por la Institución.

Por lo anterior, se dictamina favorablemente su trabajo y se le autoriza a presentar su examen profesional.

A T E N T A M E N T E



COMISION DE TITULACION  
DE LA UNIDAD N. 099, D.F.  
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL  
D.F. 1988

A J O S E C A R L O S

GRACIAS POR ESTA EXPERIENCIA DE VIDA QUE  
HA PODIDO TRASCENDER EN BENEFICIO DE  
MUCHOS NIÑOS.

I N D I C E

PAGINA

	Introducción	
I	Definición.....	4
II	Causas de la Disfunción cerebral mínima.....	7
III	Actitud de los Padres ante el problema.....	9
IV	Manifestaciones de la Disfunción Cerebral Mínima y su posible detección en el aula.....	18
VI	Transtornos del lenguaje.....	30
VII	Transtornos en el desarrollo psicomotriz.....	34
VIII	Transtornos en el área social.....	39
IX	El papel del maestro ante niños con Disfunción Cerebral Mínima.....	45
	Conclusiones.....	50
	Bibliografía.....	52

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

El interés por la elaboración de este ensayo bajo el tema de Disfunción Cerebral Mínima en Niños Preescolares, surgió de la experiencia adquirida en mi práctica docente que me hizo observar y analizar el alto índice de niños que, al llegar a nuestras aulas, manifiestan inmadurez en una o varias de las áreas de su desarrollo. Siempre tuve frente a mí el máximo objetivo de la educación preescolar, que es promover el desarrollo integral del niño; sin embargo comprobaba que éste no se desarrollaba en forma homogénea; que dependiendo de varios factores sus funciones cerebrales se iban madurando o afectando en forma individual; lo cual me llevó a un estudio más profundo sobre el tema.

Hay varios especialistas que han dedicado sus estudios a clasificar estas funciones y, dependiendo del enfoque, los han separado dándoles diversos nombres tales como ejes, áreas, esferas, etc.

Se dice que el individuo es una unidad biopsicosocial. Esto quiere decir que está organizado en tres niveles: físico, psicológico y el social o interpersonal, relacionándose cada uno de ellos estrechamente con los otros a través del cerebro y por las estructuras endocrinas. De esta manera, el proceso de maduración se efectúa en base a dos factores fundamentales: la dotación personal biopsíquica y la acción estimulante del ambiente.

Por lo tanto, en el Jardín de Educación Preescolar nos encontramos a niños con inmadurez por dos causas: la estimulación recibida en los años previos a la etapa preescolar y otra a deficiencias biológicas, las cuales a su vez se manifiestan en dos niveles; una prácticamente notoria y otra más a nivel cerebral, a veces difícilmente detectable. Esta última es la que trataré en este ensayo.

Al hablar del ser humano como unidad biopsicosocial y de los niveles en que está integrado, cabe mencionar que cuando uno de estos niveles tiene un "padecimiento" el individuo se enfrenta a un desequilibrio en cada uno de ellos. Por esto, además de las referencias médicas especializadas necesarias para que el docente contribuya en la detección oportuna del problema, basaré mi estudio en la teoría psicoanalítica, ya que la D.C.M. como trastorno biológico no manifiesta tanta gravedad como "enfermedad", sino que repercute en la conducta y personalidad del individuo que la padece.

En este estudio no se pretende hacer un enfoque del niño fragmentado en áreas o funciones que deban ser estimuladas independientemente, ya que "el niño, el ser humano en general en cualquiera de sus actividades responde como una totalidad integrada dentro de un contexto social" (1). Por ello sólo se hará un análisis de cómo detectar inmadurez en cada una de las áreas, dentro de un parámetro de generalidad del grupo preescolar atendido por el docente, cualquiera que éste sea.

---

(1) SEP. "Programa de Educación Preescolar" Libro 1 Planificación General del Programa. Méx. 1981 p. 13.

De esta forma, el ensayo consta de 5 partes: en la primera se da una definición sobre la disfunción cerebral mínima, en la segunda se realiza un análisis de las causas que la generan, en la tercera se trata en forma general las actitudes de los padres ante el problema, en la que se resalta la participación de la educadora para la definición del conflicto; en la cuarta se abordan las manifestaciones de la D.C.M. y su posible detección en el aula, subrayando aquellas que se encuentran en el área - perceptual, la ~~del~~ lenguaje, en la psicomotriz, y en la social. La última enfatiza el papel de la educadora en el problema. En el apartado de las conclusiones subrayo que la D.C.M. es un problema que no se ha valorado objetiva y suficientemente, pero - que también forma parte del compromiso que conlleva nuestra --- práctica educativa.

### DEFINICION

Hasta hace apenas unos veinte años se ha reconocido el problema de Disfunción Cerebral Mínima, que anteriormente, dada la sintomatología que presenta, se había prestado para confusión con otros padecimiento del ser humano. A partir de entonces se le ha dado varios nombres según el criterio de los diferentes especialistas que lo han estudiado; entre ellos podría mencionar, alteración cerebral mínima (ACM), dificultades para el aprendizaje, síndrome del niño hiperquinético, lesión cerebral, encefalopatía; desorden del impulso hiperkinético, disfunción orgánica mínima, etc.

A pesar de los diferentes términos utilizados en este estudio manejaré el de Disfunción Cerebral Mínima ya que el sector salud en nuestro país lo emplea para denominar este problema; y adicionalmente porque considera que este término hace hincapié en que su principal determinante es de tipo orgánico, y no el resultado de un mal manejo por parte de los padres del niño.

Por disfunción debe entenderse una inmadurez en el niño: ésta puede ser genética o adquirida por problemas en su desarrollo dentro de las áreas de psicomotricidad, perceptual, de lenguaje, cognoscitiva y afectivo social. Cerebral designa el órgano principalmente afectado y mínima porque se refiere a daños no tan severos como las alteraciones propias de la parálisis cerebral, epilepsia y problemas mayores.

El término se aplica a los niños de inteligencia general normal, o por encima de lo normal, que tienen algún impedimento



para el aprendizaje y/o problemas de conducta, pudiendo alterar el control de la atención, el impulso o la función motora. También se emplea para abarcar una amplia variedad de combinación de síntomas que se manifiestan de manera diferente en los distintos niveles de edad.]

[Los niños en edad preescolar con disfunción cerebral mínima presentan diferentes cuadros conductuales que pueden ir, desde una ausencia total de alteraciones en el comportamiento, hasta las más serias manifestaciones.] La hiperactividad, la distracción, la inestabilidad emocional y la impulsividad de estos niños son el resultado de muchos impulsos incontrolables e indiferenciados que experimentan y que desorganizan sus áreas social perceptual y cognoscitiva.]

Un especialista acerca del tema (2) afirma que la psicopatía del período escolar surge de tres desórdenes: a) disfunción cerebral mínima, b) esquizofrenia infantil, c) fobias y rituales. De estos problemas, por datos estadísticos se estima que el 5% de la población infantil en Estados Unidos, o sea 2 y 3 millones de niños sufren alguna forma de disfunción cerebral mínima. En Europa el problema se da en similares proporciones (3).

Este dato es ilustrativo en cuanto a la cantidad de niños que se encuentran en esta situación; por lo que cabe la reflexión sobre el grado de conocimiento del fenómeno que tenemos quienes nos hemos dedicado a la educación preescolar. En realidad, y de acuerdo a la experiencia que arroja la práctica docen

(2) Winer I.B. y Elkino D., Desarrollo normal y anormal del preescolar. España, Paidós. 1987. p.59.

(3) Idem.

te, nos damos cuenta de que es mínimo, y aún más, se puede afirmar que se ha subestimado esta problemática y no se le ha dado la importancia requerida.

## CAUSAS DE LA DISFUNCION CEREBRAL MINIMA

En las investigaciones científicas realizadas se han encontrado causas prenatales, durante el nacimiento y postnatales, - que originan retardo en la maduración de las diferentes áreas - del desarrollo del niño.

Las causas prenatales, pueden ser: padecimientos infecciosos de la madre, como rubiola, toxoplasmosis, falta de oxígeno producida por aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios.

Por parte del producto: mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa, etc.

La falta de oxígeno en los tejidos puede ser fatal, pero es reversible si en cierto momento desaparecen los obstáculos que impiden la respiración. El daño sufrido puede no ser reparado por los mecanismos defensivos del organismo infantil y dejar una secuela que se manifieste años después como una verdadera disfunción; el verdadero daño cerebral es demostrable solamente después de 7 minutos de asfixia.

Hemorragias cerebrales en el producto producidas por toxemia del embarazo, trauma directo, etc.

Exposición excesiva de rayos "X"; disturbios metabólicos, factor RH; todos los partos complicados por diversas causas, capaces de producir sufrimiento fetal, tales como expulsión demasiado rápida, parto prolongado, aplicación de fórceps, etc.

Entre las causas postnatales podríamos enumerar las enfermedades infecciosas tales como la tosferina, el sarampión, ence

falitis, meningitis; traumatismos, tumoración o crecimiento celular.

"Por razones no del todo claras y que no se han podido demostrar, la disfunción cerebral mínima es más común en los varones que en las niñas, la proporción es de\_ por lo menos 4 varones por una niña" ( 4 )

La herencia juega también un papel aunque no tan importante ya que sólo en algunos casos se ha comprobado que el único antecedente en el niño con disfunción cerebral mínima es el de\_ haber tenido padres con este problema. ]

---

(4) WEINER, I.B. y Elkind Desarrollo normal y anormal del preescolar. Tr. Marta Elena Silvestre, México, Editorial Paídos Educador, 1983 pag.59

## ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL PROBLEMA

La paternidad es una experiencia continua; alternada de -- problemas y recompensas, exigente y exasperante. Cuando llegan las sorpresas y aparecen las dificultades, los padres deben encararse con ellas.

Sin embargo este problema en específico suele generar su -- propia serie de dudas, y en ocasiones constituir cada una de -- estas etapas del problema: <sup>o reconocimiento del problema</sup> ¿existe realmente el problema? ¿qué -- ayuda debemos buscar y en dónde? ¿cómo afectará en lo sucesivo -- la vida de nuestro hijo, la de nuestra familia y la propia?.

Citaré algunos casos que suelen presentarse: Hay padres -- que se muestran reacios a aceptar que algo invisible para ellos -- pueda constituir un problema real y de pronto empiezan a surgir tensiones en la familia. Por ejemplo, cuando el padre o la ma- dre incapaz de comprender la violencia, las explosiones o la -- falta de control en la conducta de su hijo, suele acusar a su -- cónyuge de ser responsable de la misma.

Este trastorno provoca en los niños conductas difícilmente detectables por los padres como patológicas. Generalmente a es- tos niños se les considera, por un lado rebeldes, desobedientes o malcriados; y por otro demasiados consentidos y hasta gracio- sos. Por ello la respuesta de los padres se da en dos senti- -- dos: se les sanciona energicamente o se les tolera con beneplá- cito. En la mayoría de los casos se espera que con el creci- -- miento el niño supere estas conductas, por lo que se resisten a solicitar ayuda profesional.

Algunos padres buscan liberarse de la responsabilidad genética y rápidamente le achacan la culpa a alguien y si saben de algún pariente del niño que tenga problemas de control motor, de locomoción, de comunicación, etc., su imaginación atribuye de inmediato los mismos problemas al hijo.

Algunas veces los presionan para realizar actividades en las que los niños aún no están capacitados y al insistir en ellas, únicamente agrava su sentimiento de fracaso. Por su parte, los niños con este problema saben de él; se dan cuenta de sus impulsos incontrolados, se desconciertan y se confunden con ello. Así son capaces también de sentir y captar el resentimiento y tensiones que generan en sus padres.

Cuando la vida de éstos está distorsionada seriamente por este problema, deberán buscar ayuda de personas competentes porque de lo contrario en ambos casos no podrán ayudar a su hijo.

Además de que se gastan sus energías en inútiles sentimientos de culpa y ataques de emoción, están perdiendo un tiempo precioso y demasiado corto, afectando sus relaciones interpersonales sin considerar que durante el desarrollo de su hijo necesitarán mucho uno del otro.

El principal paso para resolver un problema es reconocer que éste existe; tratándose de cualquier tipo de ellos, el sólo identificarlo es suficiente para aligerar nuestras tensiones y permitir ver la vida con más claridad. Este precepto en el caso de padres de hijos con D.C.M. no es diferente; ya que ellos en particular tienen muchos tipos de necesidades sobre

los cuidados y atenciones para sus hijos y para ellos mismos, - ya que requieren de conocimientos, práctica, habilidad y apoyo de los demás.

Muchos de ellos evitan pedir ayuda a veces, por temor a ser juzgados; reconocer que no todo va bien con su hijo, es como decir que no todo va bien con ellos mismos; su orgullo e inseguridad se los impide; por otro lado se nos ha educado en la creencia de que lo que pase en nuestro hogar es asunto privado.

Asimismo, a menudo pensamos que nuestros problemas son muy triviales; por ejemplo la madre que se enfrenta con que su hijo tiene trastornos de sueño y que la despierta en la noche (posible síntoma de D.C.M.), al principio puede ser sólo una molestia pero a medida que pasa el tiempo, se da cuenta que también ella cada vez duerme menos, y que como resultado está cansada; se enoja por cualquier cosa con el niño; se siente ansiosa y no sabe que le pasa. Como en este caso se enfrenta a conflictos que no son ni pequeños ni drásticos, pero como se presentan en forma cotidiana parecieran que no ameritan pedir ayuda pues no existe una crisis real. Esperan que tengan un problema verdaderamente serio antes de que puedan encontrar una fuente adecuada a la cual recurrir.

Al acudir a una Institución para el diagnóstico médico, muchos de ellos se enfrentan a una serie de situaciones tan difíciles como las primeras, generando una serie de luchas contra demasiados prejuicios institucionales o personales, sobre todo para las personas pobres o con una educación no muy amplia, ya --

que a menudo sienten desprecio o franca exclusión cuando entran en contacto con alguna Institución.

Al pasar del médico general al especialista, implica en muchos casos la increíble pesadilla de ser enviado de un profesional a otro para recibir los diagnósticos y prescripciones más - contradictorios. Simplemente recordemos que un médico al realizar la historia clínica del paciente, no escribe textualmente - lo que él le dice, sino la interpretación del caso. Por ejemplo la mamá describe: "Es tan inquieto e impulsivo que no puedo dejarlo solo"... y pudiera ser que el médico escriba "madre sobreprotectora" por lo tanto el consejo se enfocará a que el niño tenga más conciencia del peligro y pueda evitarlo.

Así como en el caso anterior, los padres de estos niños -- pueden enfrentarse a una variedad de criterios, tales como: "Es usted demasiado indulgente"; "Es usted demasiado estricta"; --- "Imponga más disciplina a su hijo"; "Dele más amor y menos disciplina"; "Dele una buena nalgada", etc.

En otras ocasiones como se ha evaluado al niño durante --- unas cuantas sesiones, en la mayoría de las veces en condiciones semejantes, su conducta parece perfectamente normal y puede ser que digan: "No se encontró nada, pero no está por demás darle - un poco de tranquilizante", ó "son trastornos de origen emocional, de dinámica familiar, etc.", otros más se atienen a una señal externa como la de coordinación motriz gruesa y buscan un - médico cuya especialización no venía al caso, por ejemplo un -- ortopedista que puede contribuir a mejorar los efectos del pro-



blema pero no a identificarlo ni llegar al diagnóstico de una lesión cerebral.

Algunos padres manifiestan tanta timidez para expresarse ante el profesional, que aunque no esten de acuerdo con lo que les dice, aparentan conformidad y después simplemente no ponen en práctica lo que les recomiendan.

En algunas otras ocasiones también tienen que enfrentarse a la confusión que provoca el lenguaje médico o a que los especialistas les den una información muy limitada o general; justificándose en que por ser tan complicado el caso no pueden comprenderlo.

En situaciones semejantes se pierde un tiempo muy valioso provocando que la rehabilitación después sea más difícil. Como dije antes los padres inicialmente atribuyen el trastorno a una actitud negativa del adulto que lo maneja o a las responsabilidades genéticas de ellos mismos. Sin embargo, cuando han comprendido el problema al que se enfrentan pueden estar en posibilidades de combatir esa actitud de hostilidad hacia el niño, -- así como los sentimientos de culpa que se habían generado y podrán reconocer los sentimientos del niño y aceptarlos, ayudando les a canalizar sus acciones negativas en positivas evitando -- que se autoculpen y propiciando que se acepten a ellos mismos -- ya que las manifestaciones de él a través de los años lo han hecho vivir en torno de la falta, la angustia, el castigo y la culpa. Al mismo tiempo, social y psicológicamente es más fácil tolerar y disculpar las actitudes negativas de una persona "en-

ferma" que no es responsable de las conductas motivadas por la misma enfermedad.

Sin embargo en este último punto se inicia una nueva etapa en el conflicto, los padres deberán ser muy objetivos al delimitar las conductas motivadas por el problema del niño, ya que -- como están tratando a una criatura con las características generales de su edad, que también es susceptible de incurrir en las travesuras propias de la misma, con las cuales puede encontrar satisfacciones al permitirse dominar a los adultos como cualquier niño.

[Adicionalmente el hijo con D.C.M., exige más tiempo que el normal.] Los padres al darse cuenta de esto, se sienten culpables a menudo por no poder dar a los niños normales tanto tiempo como el que otorgan al que tiene este problema. Los otros hijos a su vez pueden ver en su hermano una amenaza que acarrea para toda la atención de los adultos, sin embargo esta situación es inevitable y tanto padres como hermanos tienen que aceptarlo como parte de la realidad.

Bien harían los padres si formularan un plan en el que se incluyera la participación de toda la familia de manera que --- ellos dediquen a todos sus hijos una cantidad de tiempo equilibrado y que entre todos logran una experiencia mejor de vida familiar.

Asimismo incluir en este plan a otros miembros de la familia y de su entorno social; ya que al conocer el problema podrán ayudar a generar un cambio respecto al niño. [Primero los

adultos deberán adquirir sus propios mecanismos de control y de esta manera lograr un cambio en el comportamiento para poder brindar apoyo al niño.)

Es posible que en ocasiones algunas personas en quien confiamos no nos comprendan y su respuesta no sea la esperada. Sin embargo sería deseable pensar que todo el mundo pueda conocer el problema del niño si con ello pueden ayudarlo, y de este modo él se sentirá mejor al ver que recibe la aprobación de los demás, y lo más importante, que principalmente sus padres se interesan por su situación.

La detección oportuna se puede iniciar desde la edad preescolar, ya que esto permitirá la rehabilitación temprana del infante y a la vez evitará muchos sinsabores y angustias para los padres.)

En este sentido el jardín de niños juega un papel determinante, debido a que la educadora cuenta con la oportunidad de hacer una observación comparativa, al tener un grupo de alumnos con la misma edad cronológica y de un similar medio socioeconómico, en la que puede notar diferencias severas en el desarrollo individual de sus alumnos a través de actividades cotidianas.) Este parámetro es muy importante ya que.)

"La observación meticulosa del comportamiento de los niños pequeños ha llevado a la conclusión de que ciertas funciones se aprenden en una secuencia definida y a niveles de edad más o menos predecibles. La época exacta en la que se alcanzan estas habilidades de desarrollo varían un poco por las diferencias individuales y por efectos de la cultura, pero la secuencia es independiente de la cultura ocurre en el mismo orden en un

niño esquimal que en un niño sudanes o americano"(5)

[ Ya dijimos que el daño neurológico a veces no se manifiesta con un solo elemento de detección. Por lo tanto la comprobación del diagnóstico se debe realizar conjuntamente con baterías psicológicas, estudios clínicos así como datos comparativos con niños de su misma edad cronológica.] Por todo esto, --- cuando la educadora que conoce del problema y que requiere canalizar algún niño a una institución especializada para que se le brinde atención profesional, su aprotación será una fuente de información muy valiosa y en muchos casos el médico corroborará o confirmará lo que ella ya sabia. De esta manera se le brindará al niño el apoyo terapéutico profesional en los aspectos de su desarrollo que se necesite a su vez brindará a sus alumnos con este problema la atención de un trato especial que les permita adquirir mayor seguridad para participar en la vida normal. ] Y podrá orientar a los padres de familia para que acepten, respeten y ayuden a sus hijos, ya que las posibilidades de estos niños pueden depender no tanto de la gravedad del problema; sino del grado en que su familia acepte las limitaciones del niño y sea capaz de ajustar sus esperanzas a metas y niveles realistas.]

[ El principal objetivo del diagnóstico médico es demostrar la presencia de cualquier factor causal responsable del trastorno. El diagnóstico educacional incluye la valoración de las ca

-----  
(5) FROSTING, Mariane y Philips Maslow Percepción visual y educación anormal del niño. México, Prensa Médica, 1976. p.191

pacidades y de la ejecución; y finalmente, el tratamiento es --  
una combinación médica con gran parte educacional.

## MANIFESTACIONES DE LA D.C.M.

### Y SU POSIBLE DETECCION EN EL AULA

El ser humano responde a estímulos del exterior y del interior del individuo que pueden ser positivos o nocivos.

Un trastorno del desarrollo provocado por estos estímulos, desequilibra su adaptación al medio ambiente, ya que intervienen en ello sus propias características innatas, las relaciones con las personas de su entorno y la interrelación de todos.

El niño con disfunción cerebral mínima responde a impulsos internos, que provocan en éstos conductas difícilmente detectables como patológicas, es por esto que cuando no se solicita oportunamente ayuda profesional y se aguarda hasta la etapa escolar, estas conductas surgen como dificultades de aprendizaje.

Entonces se ve retrospectivamente que sus primeros problemas de conducta estaban relacionados con disfunción cerebral mínima.

Estas tienen una manifestación específica; puede haber hiperactividad, que es una de las más típicas de este problema y que no sólo se da en el área motora sino en otras como la del lenguaje. Esta hiperactividad también se da en el área sensorial, provocando excesiva hambre, dolor, sed, etc., exigiendo para éstas una rápida satisfacción.

En ocasiones esta hiperactividad se incrementa en la noche provocando trastornos del sueño; manifestándose porque no lo pueden conciliar rápidamente, o durmiéndose y luego despertándose para hablar o caminar por la casa. Estos pequeños tienen menos horas de sueño que los niños normales de su edad, y aún

cuando duermen están inquietos y no pueden relajarse.)

└ La hiperactividad pueden tener dos consecuencias: la destructividad y la agresividad. Sus respuestas son exageradas a provocaciones menores, o agresivas sin motivo alguno. Otro síntoma puede ser la distractividad, que no le permite concentrarse.

La inatención se relaciona con la hiperactividad sensorial; es hipersensible a los estímulos del ambiente, no puede centrar su atención durante períodos normales a su edad.)

└ La irritabilidad también es una manifestación de este problema, para ellos puede haber períodos de gran euforia, llantos explosivos, desesperación y desamparo, ante un problema que está más allá de su habilidad y de su conocimiento; su conducta se vuelve impredecible para los adultos.)

└ La impulsividad hace que el niño se arroje a experiencias de modo irreflexivo "no midiendo el peligro". Debido a que no puede controlar sus impulsos y se ve en situaciones amenazantes y con frecuencia con problemas interpersonales. Son niños eternamente castigados.)

└ La falta de control de esfínteres urinario y anal son frecuentes en niños con este problema.)

└ El síndrome de disfunción cerebral mínima puede confundirse con el síndrome del niño inmaduro, así como con el de deficiencia mental; la confusión se puede originar ya que existen manifestaciones que se encuentran en las tres condiciones y que se refieren a tres aspectos; bajo rendimiento escolar, baja to-

tolerancia a la frustración y falla en el autodomínio emocional; sin embargo hay características que ayudan al diagnóstico diferencial:

[En el bajo rendimiento escolar:]

1. INMADUREZ, no es un dato constante. El rendimiento mejora por períodos considerables, cuando se dan las motivaciones adecuadas a cada caso particular. A veces el niño sorprende por su capacidad de aprendizaje, pero vuelve a caer en su ritmo habitual.
2. DEFICIENCIA MENTAL, es un dato general muy constante no hay sorpresas. Lo que hay es un lento y difícil aprendizaje.
- ✓ 3. DISFUNCION CEREBRAL MINIMA, (con hiperquinesia) no es un dato constante pero a diferencia de lo que ocurre con la inmadurez la mejoría es "a saltos" y debida a cambios favorables en la sintomatología general, más que por las motivaciones que se dan al niño. El profesor se sorprende que a veces, su alumno comprende y retiene mejor que los demás las explicaciones que considera de mayor dificultad.

En baja tolerancia a la frustración:

1. INMADUREZ, se manifiesta con llanto y angustia.
2. DEFICIENCIA MENTAL, suele manifestarse mediante la incomprensión de los hechos (desconcierto ante la situación frustrante) mas que angustia y llanto.
- ✓ 3. DISFUNCION CEREBRAL MINIMA, la frustración en ocasiones debida a motivos mínimos...se expresa de una manera vehemente, con grandes rabiets en las que el niño agrede a otros o a si mismo. (6)

También es muy importante considerar que muchos niños en edad preescolar con disfunción cerebral mínima presentan cuadros más moderados que estas conductas violentas. [En realidad la hiperactividad, la distracción, inestabilidad emocional y la impulsividad del preescolar a menudo no son lo suficientemente distintos a la conducta normal de otros niños con la misma edad

✓ (6) VELASCO, Fernández Rafael El niño hiperquinético, los síndromes de disfunción cerebral. 2a.ed. México, Editorial Trillas, 1985. p.63.



cronológica.)

## TRASTORNOS TÍPICOS EN EL ÁREA PERCEPTUAL

### DEL NIÑO CON D.C.M.

"Sentido percepción es la capacidad neurovegetativa y vivencia en el proceso del desarrollo cognocitivo del ser humano, -- que le permite mantenerse en interacción constante con el medio, a través de la recepción de estímulos por los canales aferente y de emitir respuesta por medio de sus canales eferentes, como son los sentidos y la capacidad propioceptiva en general.

A través de la interacción de estímulos y respuestas logramos establecer los engramas, esquemas, experiencias que conducen al aprendizaje sobre el propio cuerpo y sus relaciones en el espacio, tiempo y persona". (7)

Las habilidades perceptuales se desarrollan en el niño preescolar entre los tres años y medio ó cuatro y los seis años y medio y los siete de edad. Piaget se refiere a la percepción como un aspecto intuitivo de la inteligencia, quiere decir esto que el niño reconoce los objetos y el mundo que lo rodea directamente, intuitivamente sin deliberación y sin empleo simultáneo de funciones motoras, tales como tocar, voltear, empujar o morder. Piaget también habla de esa fase del desarrollo como de la fase representacional, refiriéndose a las imágenes internas que el niño se forma del mundo que lo rodea (emigramas) que le permiten reconocer y entender inmediatamente lo que se encuentre en su ambiente diario. Sin embargo en los niños preescolares con D.C.M., podemos encontrar retardos que pueden provenir desde las primeras fases de su desarrollo, por ejemplo de la llamada de funciones sensoriales y de otras como en la que el

(7) UNICEF, Curriculum de estimulación precoz. Programa regional de estimulación precoz, 2a.ed. ,Guatemala. Editorial Piedra Santa, 1981.p.59.

niño aprende a entender las palabras y a expresar sus ideas a través de ellas. Por lo que "las dificultades perceptuales a menudo implican falta de percepción de las formas o de dirección o de las relaciones en el espacio bidimensional" (8)

Pero estas deficiencias en los parámetros de color y profundidad etc., también pueden depender de funciones visuales defectuosas; sólo que hay problemas que parecen tener especial complicidad con la disfunción cerebral mínima y tienen una importancia esencial para el aprendizaje en la escuela, tales como: las de percepción de forma o de tamaño independientemente de la distancia, el fondo, el modelo, etc., (constancia de forma y de tamaño); percepción de la dirección a la que se vuelve un objeto (percepción de posición en el espacio); percepción de relaciones entre un punto y otro del espacio (percepción de relaciones espaciales) y habilidad para dirigir la atención a una parte en particular del campo visual de figura fondo.

Además de éstos, la hiperactividad sensorial es otro problema que hace que el niño responda a estímulos impertinentes o poco importantes por lo que es incapaz de refrenarse a ellos, tengan o no que ver con la actividad que este realizando.

Estos estímulos perturbadores atacan cualquier sentido, la vista, el olfato, el oído, el gusto o el tacto y son externos o internos en el niño; o sea que lo pueden distraer en igual forma una mariposa como una sensación de hambre. Todo ser humano

---

(8) FROSTING, Mariane y Philips Maslow Percepción visual y educación temprana, México, Prensa Médica, 1976. p. 193.

tiene la capacidad de pasar por alto, de bloquear o de adaptarse a toda la serie de objetos o estímulos que rodean determinado ambiente, mientras se realiza una actividad por ejemplo: Puedo no fijarme de los cuadros, las lámparas, los muebles de una habitación en la que estoy leyendo un libro; sin embargo -- los niños objeto de nuestro estudio son incapaces de pasar por alto estos estímulos, quizás les gustaría no hacerles caso pero como dirían los psicólogos no pueden "adaptarse negativamente al ambiente". Esto los hace reaccionar ante todo estímulo que penetra en su campo de acción; como resultado el niño que inicia una actividad determinada y que la interrumpe por un estímulo perturbador dará lugar al "olvido" del objetivo predeterminado, por lo que hay que recordarle constantemente que es lo que se proponía hacer inicialmente.

"En la escuela los crayones, los lápices, el papel, los libros, todo lo necesario para la experiencia de aprendizaje dejan de ser auxiliares del aprendizaje y se vuelven elementos motores que distraen e impiden el aprender".(9)

La disociación es otra característica importante para este proceso y se define como la incapacidad para ver las cosas como un todo. Estos niños no integran los detalles de un objeto en su totalidad, por eso los invierte, los fragmenta o los mutila al tratar de presentarlos gráficamente.

Otra característica es lo que profesionalmente se llama in

(9) CRUICKSHANK M., William El niño con daño cerebral en la sociedad, en el hogar y en la comunidad 2a.ed. México, Editorial Trillas, 1986. p.57.

versión figura fondo. ] En esta situación, los estímulos del fondo predominan sobre el objeto del primer plano. Por ejemplo si pedimos a un niño con D.C.M. que observe determinado estímulo - que colocamos en el escritorio, dará preferencia a este último - que al propio estímulo al que pedimos fije su atención. ]

Una inversión semejante ocurre con los demás sentidos: tacto, oído, etc. Los estímulos que provienen de todo el campo -- sensorial tienen aproximadamente el mismo valor.

La inversión figura fondo y la disociación provocan en los niños actitudes a veces desconcertantes para la maestra ya que frecuentemente no saben donde se encuentra ésta, y por otro lado no la captan como una entidad, necesitan asegurarse que ella esta presente y que es real.

[La perseverancia puede ser una conducta más; dada su incapacidad para jerarquizar los estímulos, todos adquieren la misma importancia, por lo tanto el niño puede adoptar una actitud aparentemente obsesiva, perseverando en sus respuestas, por --- ejemplo: no puede dejar de reírse aunque ya no exista motivo o seguir moviendo un juguete automáticamente durante mucho tiempo. ]

[Esta conducta se manifiesta en diferentes aspectos: motor, oral, etc., demostrando con ello su incapacidad para cambiar - fácilmente de una actividad mental a otra. ]

[Esta característica como las anteriores pueden ejercer una influencia dañina en el aprendizaje y puede ser detectada si le damos al niño a clasificar figuras con un criterio (color) y --

luego le pedimos lo hagan con otro (forma) lo cual resulta muy\_ difícil para el niño.)

<sup>ei</sup> A veces los adultos la experimentamos cuando por ejemplo - tarareamos una tonadilla de la que aunque queramos no podemos - prescindir; decimos que no la vuelvo a cantar y al rato nos da- mos cuenta que la estamos repitiendo.

Estos niños sufren también una alteración en el desarrollo de su memoria. Con esta característica el niño se enfrenta a - trastornos adicionales ya que tienen que aprender a relacionar\_ los impulsos captados con ideas de figuras espaciales. Así to- das las impresiones mezcladas y recibidas a través de todos los sentidos deben de ser organizadas, recordadas, puestos en algún orden significativo, asociados con otras clases de experiencias y recuerdos en el cerebro del niño. Con lo cual el desarrollo\_ de la memoria juega un papel determinante.

Por otra parte como la memoria esta muy ligada a la aten- ción y esta última, se ve frenada por la hiperactividad, el niño con D.C.M. se ve afectado por la falta absoluta o disminución - importante de la atención dirigida y refleja. (aprosexia).)

Como característica adicional, el sentido de la vista se - ve afectado también por la incoordinación motora, por lo común\_ el niño muestra dificultades al mover los glóbulos oculares ge- neralmente, tiende a mover la cabeza para seguir un objeto difi- cultando la percepción.)

El sentido del tacto tiene como manifestación de inmadurez la incapacidad de diferenciar dos estímulos táctiles cuando se\_

aplican al mismo tiempo. Asimismo tiene incapacidad para identificar objetos ya conocidos por él al tener los ojos cerrados.)

La alteración en el desarrollo repercute en la adquisición de conceptos tales como peso, tamaño y forma, además de que a través de este sentido, se capta el calor, el frío, la presión y el dolor.

Otro elemento de las sensopercepciones que tienen repercusión en futuros trastornos en el aprendizaje es el auditivo.

El sonido es un elemento muy importante en la vida del hombre. Desde el momento de la concepción el niño se encuentra en un ambiente sonoro, ya que los líquidos que lo rodean y protegen producen ondas sonoras al moverse.

Con el nacimiento y desarrollo posterior, el niño va adquiriendo más experiencias de su ambiente. La audición no es direccional ni selectiva. Puede oír en todas direcciones simultáneamente y siempre está "sintonizado". Asimismo, escucha a través de las paredes, detrás de las esquinas, en la luz y en la obscuridad; y aunque la audición lo embota en el sueño, es factible despertarse con cualquier sonido.

La audición es el principal sentido escudrinador del hombre, quien al desarrollar sus capacidades auditivas como parte de la maduración de su organismo, convierte al oído en el principal canal y los cimientos sobre los que se construye el lenguaje.

Sin embargo la disfunción cerebral puede inhibir el aprendizaje auditivo, generando trastornos que se pueden manifestar

cuando el niño oye pero no interpreta lo que oye. Asimismo, -- por esta razón puede ser incapaz de estructurar su mundo auditivo, para distinguir y asociar los sonidos con objetos o experiencias particulares.)

( Por esta misma razón, también puede manifestar incapacidad para discriminar los sonidos, distinguiendo las diferencias severas, pero no las finas.) <sup>oír</sup> Por ejemplo puede diferenciar el golpe de un tambor y el sonido del timbre del teléfono; pero no entre este último y el timbre de la puerta.) También puede confundir el significado de palabras con sonidos parecidos como tope, tapa y tipo; no porque tenga dificultades de comprensión, sino por el resultado de una deficiente discriminación auditiva. (Por esto algunos investigadores suponen que la discriminación auditiva inadecuada da lugar a su vez a una articulación defectuosa del lenguaje, existe otro hecho que también genera trastornos como resultado de la D.C.M.):

Ejemplo  
X  
X  
X

Se ha demostrado que en todas las personas los sonidos pasan a través del mecanismo perceptual de manera sucesiva en vez de simultánea, y la información que recibe un canal se almacena momentáneamente mientras se atiende otro canal. Esta reorganización de lo que escuchamos en forma simultánea, se puede ejemplificar así: cuando estamos concentrados en alguna tarea y alguien se acerca y nos habla, nuestra primera reacción es preguntar ¿qué?. Pero la persona que nos habló no necesita repetir lo que dijo para que podamos contestarle; el tiempo durante el cual decimos "qué" sirve para retardar la respuesta y permitir

que la información recibida mientras nuestro pensamiento esta en otra cosa, sea manejada en forma sucesiva.

Wite Lson (1962) trabajando con una muestra de niños con -- D.C.M., demostró que ellos aún con la presentación de estímulos con intervalos más lentos "requieren más tiempo para reestructurar el mensaje auditivo, y que la organización de estímulos no se lleva a cabo a la misma velocidad o del mismo modo que los niños normales de la misma edad, sexo y capacidades intelectuales" (10)

Este aspecto es muy importante pues lo tienen que considerar los adultos que manejan a estos niños, ya que al distraer -- su atención por cualquier estímulo verbal, se tiene que tomar en cuenta el tiempo que a su percepción auditiva le implica la reestructuración de mensajes auditivos.

Al mismo tiempo considerar que debido a la secuencia temporal, si se le dan diversas órdenes, una después de la otra y el pequeño se precipita a ejecutar la primera tarea, es probable -- que no recuerde las otras.

Asimismo, insistir en otros aspectos mencionados antes y -- que también afectan este sentido, como son: la hiperactividad -- sensorial, la distracción y la disociación entre otros. Es importante evitar tratar al niño con si fuera sordo. Conviene -- empezar por enseñarlo a darse cuenta del sonido, después se le debe ayudar a desarrollar respuestas constantes y apropiadas a los sonidos. Más adelante cuando haya logrado estas habilidades básicas, aprenderá que sonidos debe ignorar y que sonidos --

(10) KERHMAN, Zigmon, Noemí Procesos auditivos en niños con dificultad para el aprendizaje. México, Prensa Médica, 1976. p.187.



requieren su atención; aprenderá a escuchar. También es indispensable estimular las habilidades perceptuales del oído, mediante actividades previamente graduadas que contemplen aspectos de la audición, tales como: identificación, localización, discriminación, selección, memoria auditiva, timbre, intensidad, altura, tono y ritmo. Todos estos elementos necesarios para la mejor comprensión del ambiente donde vive y para su pleno desarrollo de las facultades del niño en este importante campo de su capacidad sensorial.

Muchas de las incapacidades de aprendizaje son resultado de defectos en el proceso perceptual. Muchos de nuestros alumnos llegan a la escuela sin un suficiente desarrollo de las aptitudes básicas. Como resultado son menos capaces que los demás de participar en las actividades educativas; así como de sacar provecho posible de ellas. De este modo se ven reducidos a aprender con mayor lentitud y por lo tanto a no seguir el mismo ritmo de progreso pedagógico que los demás.

Por otro lado en algunos casos puede darse un problema de D.C.M. sin que se produzcan manifestaciones observables. Por alguna razón no se ha afectado ni la percepción, ni otros aspectos necesarios para el aprendizaje. Pero para los que lo sufren se pretende que un adiestramiento oportuno y adecuado prevenga muchas dificultades y evite muchos sufrimientos en los niños y a quienes conviven con ellos.

## TRASTORNOS DEL LENGUAJE

( El lenguaje es el resultado de una maduración psiconeurológica que nos permite expresar nuestros sentimientos, emociones y pensamientos por diferentes medios como son: el grito, el gesto, la mímica, el habla (lenguaje oral), el canto, la escritura, etc.)

[ Sin embargo el retraso en el habla y en el desarrollo del lenguaje suelen ser uno de los indicadores más sensible en niños con D.C.M. ya que la mayoría de ellos pueden tener un retardo madurativo en los aparatos y sistemas que intervienen en la producción del lenguaje y que son los siguientes: órganos de los sentidos, sistema nervioso central y aparato fono-articulador y pueden manifestar inmadurez en cualquiera de las tres fases en que se ha dividido el lenguaje con fines pedagógicos que son: recepción, integración y expresión. En la fase receptiva cuando se recibe la información del medio ambiente a través de los sentidos y por medio de las vías nerviosas el mensaje se conduce hasta el cerebro,

[ En la integrativa cuando la sensación se convierte en percepción secundandola los procesos de abstracción y memorización. Y en la fase expresiva cuando se realiza a través de los procesos psicomotores centrales y periféricos que finalmente se manifiestan en la palabra. Las funciones motoras organizadas y aprendidas en la corteza cerebral son transmitidas por las vías motoras hasta el aparato fono-articulador, que emite en forma de sonidos el mensaje que constituye la comunicación.

Por otra parte cada faseta de los procesos del lenguaje dependen hasta cierto grado de la memoria, ya sea de un sonido, de una visión o de la capacidad de reproducir con la garganta un sonido que se recuerda.

La capacidad de almacenar información es sólo un aspecto del proceso de la memoria; además de éste, debe de haber un mecanismo para reintegrar y reproducir los datos almacenados.

Por ello los niños con D.C.M. que tienen estos trastornos pueden entender la palabra hablada pero tener dificultad para usarla al expresarse. Por este problema tienen que recurrir a la pantomima y a los gestos para indicar la palabra que necesitan.

Asimismo pueden tener dificultad en la formulación y organización de la palabra de acuerdo con una estructura del lenguaje correcto; pueden omitir palabras, confundir el orden, cometer errores gramaticales, etc., con más frecuencia que el resto de niños de su edad.

Por otra parte la mala coordinación de los músculos de la garganta y de la boca pueden producir en estos niños la llamada "habla disártica"; esto es: las palabras no son producidas con claridad o no pueden controlar el tono, o el volúmen, de manera que el habla es peculiar en varios sentidos: desafinada, mutilada y monótona.

Asimismo cuando la hiperactividad afecta esta área, da como resultado que los pequeños hablen tanto que desesperan a sus compañeros y a los adultos.

Por otro lado los trastornos en el desarrollo del lenguaje

Torpe  
Semadoa

se han postulado también como motivadores de futuros trastornos en el aprendizaje; ya que del dominio que tenga el niño del lenguaje hablado será de primordial importancia para el aprendizaje del impreso y escrito; dado que tendrá la tarea de asociar - su sistema de símbolos hablados con el sistema de símbolos escritos.)

Sobre este último aspecto en base a una serie de investigaciones se ha dicho que "la dislexia es un tipo de trastorno del lenguaje. De ahí que el disléxico pueda aparecer que funciona menos bien de lo que en realidad pudiera hacer en una prueba -- verbalmente orientada" (11). Pero no me ocupare más de este tema, únicamente lo consideraré como un antecedente en la etapa preescolar ya que el niño debe tener por lo menos 7 años de edad o haber terminado su primer grado de primaria antes de que se pueda clasificar como disléxico.

Por esto el papel del Jardín de Niños es muy importante ya que tiene la primera oportunidad de verificar las funciones de expresión oral de los alumnos antes de la entrada a la escuela primaria. Asimismo en este aspecto el papel de la educadora debe tener carácter diagnóstico; ya que cuando se trata de corregir defectos del habla, esta tarea se encomienda a un especialista. Sin embargo la educadora puede contribuir a disminuir los problemas de articulación mediante actividades tales como gimnasia lingual, gimnasia labial y ejercicios de respiración;

(11) SPRINGS, Violet E. Las dislexias, un enfoque psicoeducacional y fisiológico. México, Prensa Médica, 1976. p.211.

así como en actividades para estimular el lenguaje, enriqueciendo su capacidad de comprensión y de expresión tanto oral como corporal; considerando que la capacidad de hablar de un modo claro y comprensivo constituye en nuestra sociedad un requisito fundamental para una vida útil y feliz y que la educadora puede contribuir en la solución de cualquier problema que impida esta adecuada posibilidad de comunicación que repercuta en la vida general del niño.

## TRASTORNOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

El niño durante su evolución tiene necesidad de adquirir habilidades que le permitan su desarrollo del área psicomotriz y de cada una de las subáreas que la constituyen: motor grueso, motor fino y esquema corporal.

Los niños objeto de nuestro estudio pueden tener averías en las áreas motoras del cerebro. Aunque esto no siempre pueda ser comprobable a través de estudios neurológicos. Sin embargo pueden tener manifestaciones y señales clásicas de este impedimento. Estas lo hacen parecer a simple vista como un niño torpe o falta de coordinación; o en algunos otros aspectos de su desarrollo motor funcionar como un niño más pequeño.

El niño se da cuenta que no puede emplear sus músculos en forma normal, coordinada y relajada para moverse, explorar su ambiente y obtener las cosas que quiere. Las sensaciones que experimenta al mover sus músculos son espasmódicas, inseguras e inciertas.

Los desórdenes motrices más comunes son la mala coordinación, movimientos musculares extrínsecos (tic o muecas) y una falta general de movimiento fluido. También puede tener problemas de dirección y de lateralidad, dificultándose adquirir el conocimiento de la derecha y la izquierda. Algunas veces la respiración es irregular o puede pasar de jadeos cortos, seguidos de períodos prolongados. Asimismo tener dificultad para efectuar ciertos movimientos y reconocer acertadamente los objetos y su uso.

Esta pobreza de capacidad motora se encuentra a su vez íntimamente relacionada con otras características del desarrollo psicológico; por lo que estos efectos se dividen en dos aspectos: en la falta de coordinación motora y en una orientación psicológica respecto al "yo". La primera tiene como síntoma específico la incoordinación muscular o inmadurez motora que involucra a los segmentos gruesos como a los finos. El segundo está íntimamente relacionado con la deficiente estructuración de su esquema corporal ya que por efectos de la disociación y de la inmadurez perceptual el concepto del "yo" se puede encontrar mutilado o con un retraso en la adquisición de la estructura de su esquema, impidiendo presentarse a sí mismo en cualquier momento y en toda situación con las diferentes partes de su cuerpo. Residiendo en ello no sólo la limitación de tener conciencia individual de cada parte, dedo, nariz, rodilla, etc. sino al mismo tiempo obstaculizando el sentido de pertenencia de todos estos elementos a un único ser, el mismo.

La capacidad motora defectuosa no es igual que la desinhibición o hiperactividad motora; en esta última todo el cuerpo reacciona descontroladamente ante una situación determinada.

Los niños que no pueden controlar su conducta física están expuestos a recibir por parte de las autoridades escolares el calificativo de "problemáticos". Esta hiperactividad sirve de impedimento para aprender habilidades motoras finas, ya que toda actividad motora necesaria para llevar a cabo movimientos aparentemente sencillos como el manejo de los labios, chupar, -

tragar, comer, abotonarse, amarrarse las agujetas, etc., implica que el niño realice movimientos y esfuerzos adicionales más difíciles y crecientes; por ejemplo: al abrocharse las agujetas requiere de mantener el equilibrio postural; y al comer "adaptarse" al ruido que producen los cubiertos.)

El adiestramiento motor es un elemento más en el cuadro total de vida que se planea para el niño. Es indispensable diferenciar éste de los programas de educación física escolares. El programa del primero se preocupa ante todo desarrollar la coordinación motora y de que se utilicen las capacidades motoras; esto se consigue en parte mediante juegos y deportes de competencia y tiene como meta el desarrollo de una buena imagen corporal. En los programas de educación física se tiene como base la instrucción del individuo. Pero esto sólo se conseguirá cuando el niño sea dueño de su cuerpo y comprenda como función.

En todas las situaciones se debe hacer hincapié en las funciones motoras gruesas que permitan llegar a las funciones motoras finas.

Existe una relación íntima entre las actividades motoras que de principio son de naturaleza gruesa y exploratoria, pertenecientes a la primera infancia y las capacidades perceptivas de los años de desarrollo posteriores.

Los niños al practicar y experimentar sus capacidades perceptivas, los puede llevar a una secuencia de actos motores sin que tengan que participar de ellos. La actividad motora se ve



sustituída por indicios auditivos. Por ejemplo la maestra puede decir "toma las tijeras y corta esta línea" y el niño comprender la actividad sin que tenga que verla realizarse. Pero esto es posible cuando el niño ha experimentado con éxito actividades motoras preliminares. Por esto los niños con D.C.M. se les debe dedicar parte del día a desarrollar estas capacidades que no tiene. Por lo que se deben proporcionar al niño oportunidades casi infinitas de actividades físicas de su área gruesa. Adicionalmente el tiempo dedicado a aprender habilidades tales como cachar una pelota, caminar sobre una viga, serán momentos de diversión en compañía de alguna persona importante para él y experimentará sensaciones y sentimientos saludables que beneficiarán otros aspectos de su desarrollo.

Por otra parte Ray H. Barsch dice que el organismo humano se mueve en y alrededor de un conjunto de tres ordenadas, es decir se mueve vertical y horizontalmente y además en el eje de profundidad. Por lo tanto no solo se requiere de experiencia bidimensional como podría ser la del ejemplo anterior de caminar sobre una viga y ver donde pone el pie; sino en las tres ordenadas que dice Barsch, por ejemplo: ver una figura trazada en el pizarrón, reproducirla graficamente en su hoja, siguiendo los trazos con sus ojos y reconocer la voz de la maestra cuando dice alto.

*importante pero*  
Getman pide para estos niños un programa de adiestramiento que incluya seis fases principales: Práctica de coordinación general, de equilibrio, de coordinación oculo manual, de movimien

tos oculares, de percepción de formas y de memoria visual. Para él son muy importantes las actividades en el adiestramiento del pizarrón ya que considera que a partir de actividades sumamente primitivas, de simple garabateo, el niño pasa a desarrollar su direccionalidad, su orientación en el espacio, su reconocimiento de formas; adquiriendo además el concepto de longitud, de relaciones paralelas y de proporción.

En general estos niños necesitan mucho reforzamiento en el aprendizaje de aquellos conceptos que son fundamentales para otro tipo de aprendizaje. El papel de la educadora en este aspecto es fundamental, ya que el comportamiento humano se edifica sobre una base motora y es a través de la estimulación de las habilidades de esta área que el ser humano pueda integrarse a su mundo y utilizar su propio cuerpo para el dominio físico afectivo e intelectual.

T R A S T O R N O S E N E L A R E A  
S O C I A L

La socialización es un proceso socio-cultural permanente. Mediante éste el individuo aprende los diferentes papeles, hábitos, pautas y comportamiento necesario para hacerle frente a -- las responsabilidades de la vida colectiva.

Este proceso fundamental, sin embargo es muy crítico para los niños con D.C.M. durante la etapa preescolar, dando el carácter esencialmente formativo y orientador de la socialización en esta fase, en la que el niño hace propias las normas morales, cívicas y de la vida en sociedad, necesarias para su desenvolvimiento posterior como sujeto social. Durante esta fase el proceso de socialización suele propiciar mecanismos que no se limitarán a garantizar la adaptación al medio social sino -- que además estimularán la imaginación y creatividad del niño en la solución de problemas y en la selección de alternativas. La personalidad y características del niño con D.C.M. pueden ser -- en algunas ocasiones un obstáculo para este proceso, su inmadurez perceptual, defectos leves de coordinación motora, problemas para entender las reglas, etc., pueden ser un impedimento -- para ser aceptado en un grupo, y esta misma situación repetirse hasta en los más sencillos juegos de salón. Por otra parte el niño hiperactivo e impulsivo en su conducta, también tiene problemas en su relación tanto con adultos como con los niños que pronto lo clasifican como diferente y problemático y corre el riesgo de tampoco ser aceptado en un grupo o rápidamente excluido de él.

Por otro lado los niños con este problema que no presentan hiperactividad motora pueden ser tan "buenos" que ni los padres ni los maestros se dan cuenta que tiene dificultades. Sin embargo utiliza el método de la timidez como mecanismo de defensa ante un mundo social hostil, incomprensible y azaroso, evitando la confusión de una niñez mal comprendida, apartándose y mostrándose tranquilo.

La habilidad afectiva, se manifiesta en ocasiones conjuntamente con incapacidad para sentir placer, con depresión, con deficiente autoestima y con ansiedad asociados a excitación y ---, excitabilidad aparentemente inexplicables.

Su inmadurez en el proceso cognocitivo repercute en este sentido; al no comprender determinadas órdenes, no las ejecuta, aparentando desobediencia generando con ello un castigo que nuevamente no comprende. Además su perseverancia provoca la repetición continua de "faltas" que a veces tampoco ha comprendido que lo son.

Asimismo los niños con D.C.M. con frecuencia tienen como manifestación la pobreza de imagen corporal, con una idea deformada de sus cuerpos y del cuerpo humano en general.

al  
describir  
a una  
persona.

Este problema es muy importante porque está relacionado con el desarrollo del ego y con la estructuración de una imagen positiva de sí mismo. Este trastorno se ve fomentado cuando la sociedad lo presiona a realizar cosas que las experiencias pasadas le recuerdan que no las puede hacer; entonces para proteger su ego, su respuesta se puede dar en dos sentidos o reacciona -

agresivamente o manifiesta debilidad con regresiones infantiles que justifiquen su incapacidad para realizar lo que se le pide. Asimismo le producen sensaciones y actitudes negativas; por una parte la idea fragmentada de su esquema corporal le da la impresión de que él no es como debería de ser; y por otra si se piensa fracasado actuará de acuerdo a tal concepto.

El ego ayuda a controlar la conducta y el ajuste. Mientras no se consiga un concepto del "yo" adecuado y aprenda a sentirse un niño capaz de logros no podrá comprender que su cuerpo trabaja para él de modo coordinado conveniente y necesario, para realizar las cosas que la sociedad espera de él.

( Como consecuencia no puede apreciarse objetivamente y por lo tanto su apariencia y presencia física no es la adecuada apareciendo en ocasiones como un niño en el que siempre están fuera de orden su agujetas, camisa y botones, cuando las desata o abre así quedan hasta que un adulto se ocupa de arreglar aquella ropa conforme a las normas de orden requeridas.)

Cuando el niño es incapaz de responder con rapidez a estos requisitos sociales, se reacciona ante él con actitudes negativas, actitudes a las que no puede enfrentarse por carecer de los recursos internos necesarios, de esta manera el centro de control interno pasa involuntariamente a un centro de control externo: los padres o la comunidad.

El fracaso experimentado al inicio de su vida, puede servir de cimientos para reforzar cientos de frustraciones adicionales, según crezca el niño y comience a comparar la conducta

propia con las actitudes y las exigencias de la sociedad en que vive.

Se ha hablado mucho sobre el éxito en el alumno como reforzador del aprendizaje; dicen: "El éxito genera éxito", dicen -- que el fracaso no sirve como motivador; sin embargo como consecuencia de su inmadurez el niño con D.C.M. suele concluir sus esfuerzos en fracasos y sin embargo para estos niños el fracaso no es mas que un instrumento que lo hace ponerse en contacto -- con los adultos y con su entorno social, y aunque estos resulten desagradables son preferibles a no tener ninguno.

Por otra parte los problemas y efectos en las niñas son mucho mas graves que en los niños de edad equivalente; a pesar de que como dije antes este problema se presenta con mayor frecuencia en los varones. De hecho a los niños se les estimula para que sean activos y agresivos, simplemente consideremos el tipo de juguetes que los padres dan a sus hijos y se comprenderá el papel social que generalmente tiene el varón en nuestra cultura. La sociedad suele solicitar en las mujeres que sean delicadas, bien portadas, ordenadas, con buenos modales, recatadas, femeninas, etc.

Frecuentemente oímos decir "las niñas no se comportan así" etc. Los juguetes de las niñas indican también lo que socialmente se espera de ellas.

Estas actitudes por parte de los adultos tienen doble efecto por una parte las actividades y recursos que permitirían estimular sus deficiencias perceptuales, sociales y motoras, etc.

son más limitadas que en los varones y por otra parte las exigencias son más rígidas.

Estos niños en general necesitan de actividades especiales que propicien su desarrollo social y que le permitan hacer amigos en el jardín.

Se han hecho estudios sobre este aspecto con niños con --- D.C.M. analizando los medios socioeconómicos de éstos y se ha llegado a la conclusión de que cuando tienen oportunidades sociales, aún cuando tengan grados mayores de deficiencia son capaces de abrirse paso en una comunidad y no se les reconoce como individuos retardados; por el contrario sus incapacidades específicas son compensadas con oportunidades y adiestramiento especiales al grado que pueden hacerle frente a los requisitos -- del ambiente escolar.

Por lo tanto el proceso de socialización para estos niños\_ deberá armonizar con el desarrollo bio-físico-social del niño - con las condiciones sociales y culturales del medio dentro del\_ cual se desenvuelve; por lo que se requiere de la participa--- ción de los miembros de su entorno social ya que "por muy apta que sea la familia para manejarlo, no podrá prepararlo para la\_ vida en comunidad a menos que la comunidad misma comprenda al - niño y este preparada para aceptarlo". (12)

Es la actitud de la comunidad y los servicios que este dis\_

---

(12) KNOTT, Leslie Rehabilitación del niño con dificultad en el aprendizaje; su lugar en la comunidad. México, Prensa Médica, -- 1976.

puesta a prestar lo que harán la diferencia entre el éxito o --  
fracaso a medida que el niño con D.C.M. se desarrolle en la ---  
vida.



## EL PAPEL DEL MAESTRO ANTE NIÑOS CON D.C.M.

Como hemos visto toda esta serie de trastornos que representan la sintomatología de la Disfunción Cerebral Mínima son fácilmente detectables en el aula, sin embargo el papel de la educadora debe contar además de la preparación académica profesional, información específica sobre este trastorno que le permita hacer una detección oportuna y objetiva así como guiar a sus alumnos a tener más éxito, sin embargo a menudo nos encontramos con el problema de la maestra que con años de servicios en la práctica docente manifiesta actitudes en varios sentidos: por una parte lo que aprendió en la escuela puede resultar obsoleto para los tiempos actuales o no adecuados a este tipo de problema, y por otra este aprendizaje previo traducirlo en base a la experiencia en amplio conocimiento del caso.

Asimismo el interés por este tipo de problemas puede motivar un estudio más profundo por la materia que lo invita a buscar una preparación adicional, misma que en algunas ocasiones se desperdicia en la práctica docente, puesto que la educadora especializada busca nuevas fuentes de trabajo, algunas veces mejor remuneradas. Sin embargo como dije antes su papel en la etapa diagnóstica es muy importante, y para ello debe estar familiarizada con las enseñanzas básicas de la psicología del desarrollo. Asimismo contar con algún método que le permita identificar al niño falto de aptitudes.

También es muy importante que en el Jardín de Niños se proporcione al niño el adiestramiento necesario en todas las fun--

ciones psicológicas que deben adquirirse antes de que empiecen los estudios académicos propiamente dichos (escuela primaria).

Las actividades planeadas para niños con D.C.M., no deben ser del todo diferentes que para la generalidad del grupo, pues lo que es aplicable para los pequeños con este trastorno propicia a su vez el desarrollo de todo el grupo, pues deberán tener como meta satisfacer las necesidades individuales de cada niño.

La educadora que tiene alumnos con este tipo de problemas, para su manejo, en primer lugar deberá estar dispuesta a aceptar totalmente a este tipo de niños y adicionalmente tener deseos de aprender a enseñarles con madurez, paciencia, flexibilidad, sensibilidad, firmeza, energía, cordialidad, criterio y habilidad para solucionar las dudas que se puedan plantear en su manejo, por ejemplo: buscando alternativas de trabajo en el aula que reduzcan su necesidad de instrucción individual como sería en algunas ocasiones agrupándolos en equipos para darles instrucción y asesoría individualizada y en otros sentándolos junto algún compañero que tenga un nivel de desarrollo mejor.)

El método que utilice debe someterse a un escrutinio y mejorarse si se encuentran fallas; considerando que en general en cada área la maestra debe empezar justo debajo del nivel de conocimiento del niño, a fin de que el éxito este asegurado. El proceso educativo deberá estar planeado de manera que el alumno reciba en su mayoría satisfacciones y tropiece con un mínimo absoluto de situaciones no placenteras. Cada vez que el pequeño falle inmediatamente la educadora retrocederá hasta el nivel

antes logrado por el niño.

La educadora no debe reprochar los fracasos de estos alumnos en la escuela, sino analizar el método utilizado por ella, ya que los niños a menudo fracasan porque el material de conocimiento no se les presenta en la forma que lo puedan comprender.

Por otra parte ya vimos que en muchas ocasiones estos niños carecen de aptitudes sensoriales y motrices básicas, cuya adquisición suele darse por sentada cuando el niño ingresa al Jardín de Niños; por lo tanto el tiempo en la etapa preescolar debe aprovecharse mejor dedicándolo al desarrollo de aptitudes, aprovechando al máximo sus facultades y evitarle en lo posible las frustraciones del fracaso.

Asimismo es indispensable además de la preparación de la educadora, la comunicación constante con especialistas encargados de la atención profesional del niño, retroalimentando su información y evaluación, ayudándose mutuamente a resolver la psicodinámica de estos problemas.

También es recomendable establecer contacto permanente con los padres de estos niños, en sesiones individuales y de grupos con otros padres con el mismo problema, en donde se discutan y traten de resolver los problemas específicos del manejo del niño.

La participación de la educadora es tan indispensable que por ejemplo en el caso de los chicos que tienen que recurrir al empleo de medicamentos para reducir su hiperactividad o para aumentar su capacidad de atención o disminuir su angustia; se pue

de dar el caso de que algunos padres se les puede olvidar darse la o equivocarse en la dosis adecuada; la educadora al estar enterada de tal prescripción, puede observar alteraciones en el comportamiento y manejar la situación con los padres de familia con eficacia.)

Respecto a los materiales y auxiliares didácticos, hacer una relación de lo que sería recomendable, sería enumerar todo lo que se desea para un Jardín de Niños ideal y estos pueden ser tan variados como los quiera la imaginación de la educadora, todo lo que sea necesario para estimular sus facultades y el desarrollo de los niños. Sin embargo sería recomendable que además de las áreas de trabajo que sugieren los programas de educación preescolar y de los que la iniciativa del grupo y de la educadora propongan, deba existir un área destinada al descanso en donde los pequeños se puedan recostar; ya que como mencione antes estos niños tienen poco control sobre sí mismos y suelen perturbar a sus compañeros. Si cuando pierden el control hay un lugar donde puedan recostarse hasta sentirse capaces de reintegrarse al grupo, puede ser benéfico para todos. También será necesario contar con un espejo de cuerpo entero que le permita la observación de su esquema corporal y la comprensión de conceptos tales como derecha e izquierda.)

En general los materiales necesarios para una tarea específica deberán estar al alcance del niño y ser tan manipulables que basten para su uso unas cuantas instrucciones sencillas. El período requerido para completar una tarea deberá adecuarse a

al lapso de atención del niño.

En general los niños con D.C.M. tienen necesidad enorme de ser protegidos contra ellos mismos. Responden a impulsos internos y aunque no desearan comportarse en una forma inadecuada algo interior los obliga. Además de que se encuentran con la incompreensión de los adultos y del entorno social que los rodea y que desconocen la verdadera magnitud de su problema.

Al mismo tiempo están conscientes de sus deficiencias y desventajas, comunican sus sentimientos y pensamientos con capador casi absoluto, hasta que comienzan a castigarlos por hacerlo. Después callan prudentemente.

El papel del Jardín de Niños y de la educadora en este tipo de trastornos es trascendental en la vida del niño que lo sufre y de la comunidad que lo rodea.

Su participación en la etapa diagnóstica y en el programa terapéutico educacional son muy importantes (la educadora debe enseñar pensando en las incapacidades, pero aprovechando y subrayando las capacidades y puntos fuertes del niño). Pero su importancia cobra mayor relevancia en el desarrollo emocional social pues con su actitud podrá propiciar o favorecer conductas positivas o negativas, siendo ella el modelo o ejemplo a seguir, además de que su participación ayudará a compensar la deficiencia del niño, ya que éste necesitará mucho de su ayuda, de su fuerza, de su consistencia; representando un banco en el que se apoye su ego. En otras palabras siendo todo aquello que el niño no es.

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

La disfunción cerebral mínima manifiesta inmadurez en una o varias de las áreas del desarrollo del niño. Sin embargo, la diferenciación de un niño con disfunción a un niño inmaduro, es triba en la causalidad de esa inmadurez; la primera es el resultado de un trastorno orgánico a nivel específicamente cerebral, sin dañar la inteligencia, mientras que la segunda puede ser producto de un trastorno físico en cualesquiera de sus órganos o una deficiente e inoportuna estimulación.

Este tipo de trastornos no son exclusivos de determinados niveles socio-económicos y culturales, ya que las causas que lo provocan pueden presentarse en cualquier persona sin importar clase, raza, sexo, etc.

Los padres, que inicialmente están en contacto directo con sus hijos, deberían ser los primeros en detectar posibles trastornos en su desarrollo, sin embargo muchos de ellos evitan enfrentarse al problema en forma realista, por razones que van desde la falta de objetividad e información para reconocerlo hasta eludir su responsabilidad causal. Asimismo, después de aceptarlo se enfrentan con la dificultad de precisar el canal para encontrar a la persona o institución idónea, que en forma especializada atienda su caso y finalmente, elegir la dinámica que será la conveniente para ayudar al niño en su adaptación al entorno social al que pertenece.

El papel del Jardín de Niños es muy importante en las eta

pas diagnóstica y terapéutica, ya que la educadora cuenta con la objetividad, que carecen los padres, para evaluar la conducta del niño en relación al nivel de generalidad del grupo que atiende, así como a través de diferentes actividades que desarrolla en su trabajo diario, ya que muchos de los niños con D.C.M., no se diferencian significativamente de la generalidad de niños de su edad, y como tienen un coeficiente intelectual normal o superior, pueden integrarse a la vida preescolar, pero teniendo siempre una ayuda adicional especializada que conjuntamente los padres y la educadora promuevan de manera integrada su desarrollo infantil.

↳ No todos los niños con disfunción cerebral mínima se adaptan al mismo molde; lo esencial es que todos los niños desviados de lo que suele considerarse en general un crecimiento y una conducta infantil normal, deberán pasar lo antes posible a un diagnóstico y una evaluación de profesionales competentes y no dejar que este problema supere la fase inicial de trastorno de conducta o de aprendizaje y afecte la personalidad del niño de manera masiva, provocando desórdenes graves o deformaciones permanentes. ↘

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

- ADLER, Alfredo. Guiando al niño. Tr. Ricardo J. Velzi, México, -- Editorial Latinoamericana, 1952.
- BATEMAN, Bárbara. Controversia sobre la lectura. México, Prensa Médica, 1976.
- BERKOWITZ, P.H. y E.P.P. Rothan. El niño problema. Tr. Diana Mains, Barcelona, Paidós Educador, 1984.
- CLEMENTE, Sam D. Un nuevo enfoque de las dificultades para el aprendizaje. México, Prensa Médica, 1976.
- CRUICKSHANK M., William. El niño con daño cerebral en la sociedad en el hogar y en la comunidad. 2a. Ed. México, Editorial Trillas 1986.
- CHAMPION, R. Psicología del aprendizaje y activación del aprendizaje. México, Editorial Limusa, 1979.
- FREINET, Celestin. Las enfermedades escolares. 5/a. ed., Tr. Elisenda Alsina, Barcelona, Editorial Laia, 1977.
- La formación de la infancia y de la juventud. 4/a. ed. - Tr. Joan Samit, Barcelona, Editorial Laia, 1977.
- La salud mental de los niños, 2/a. ed., Tr. Josep Colomé, Barcelona, Editorial Laia, 1976.
- FREUD, Anna. El psicoanálisis infantil y la clínica. Tr. Abreu -- Pardal y Saltzman, México, Editorial Paidós. (Biblioteca de la Psicología Profunda), 1985.
- Normalidad y patología en la niñez. Tr. Humberto Nájera, Buenos Aires, Editorial Paidós. (Biblioteca de la Psicología Profunda), 1984.
- FREUD, Sigmund. Introducción al psicoanálisis. Tr. Luis López Ballesteros y de Torres, México, Editorial Ixtaccihuatl, -- S.A., 1951.
- FROSTING, Mariane y Philips Maslow. Percepción visual y educación temprana. México, Prensa Médica, 1976.
- GAGNE, R.M. y L.J. Boriges. La planificación de la enseñanza. México, Editorial Trillas, 1979.
- GESSEL, Arnoll y C. Amatruda. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. México, Editorial Paidós, 1983.



- COFMAN, Helen. Papel del médico en el diagnóstico y tratamiento temprano de las dificultades para el aprendizaje. México, Prensa Médica, 1976.
- CONZALEZ Salazar, J.C. Cómo educar la inteligencia del preescolar. México, Editorial Trillas, 1984.
- HERRERA y Montes, L. Psicología del aprendizaje y los principios de la enseñanza. México, SEP., 1963
- KEPHART, Newel C. El alumno retrasado. 2a. ed., Tr. Versun, Barcelona, Editorial Luis Miracle S.A., 1972.
- KERHMAN Zigmon, Noemí. Procesos auditivos en niños con dificultad para el aprendizaje. México, Prensa Médica, 1976.
- KNOTT, Leslie. Rehabilitación del niño con dificultad en el aprendizaje; su lugar en la comunidad. México, Prensa Médica, 1976.
- MASLAND, Richard. Niños con disfunción cerebral mínima, un problema nacional. México, Prensa Médica, 1976S
- MACK, Jeane. Primera y segunda infancia, desarrollo y educación. 2a. ed. México. Editorial Diana, 1980.
- NEWMAN M., Bárbara y Philip R. Newman. Desarrollo del niño. Tr.-Xavier Massini Villeta, México, Editorial Limusa, 1983.
- PIAGET, Jean. A dónde va la educación. 2a. ed., Barcelona, Editorial Teide, 1975.
- PIAGET, Jean y B. Herlder. La psicología del niño. Madrid, Morata, 1977.
- Seis estudios de psicología. 8a. ed., Barcelona, Editorial Seix Barral, S.A., 1986.
- SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA. Programa para educación física para preescolar. México, Dirección General de Educación Física, 1976.
- Programa de educación preescolar 1979. México, Dirección General de Educación Preescolar, 1979.
- Programa de educación preescolar. Libro I, planificación general del programa. México, Dirección General de Educación Preescolar, 1981.
- Programa de educación preescolar. Libro 2, planificación por unidades. México, Dirección General de Educación Preescolar, 1981.

Programa de educación preescolar. Libro 3, apoyos metodológicos. México, Dirección General de Educación Preescolar, 1981

Apuntes sobre desarrollo infantil, Jean Piaget. México, Dirección General de Educación Preescolar, 1985.

Trastornos del lenguaje. México, Dirección General de Educación Preescolar, 1976.

Programa de estimulación compensatoria. México, Dirección General de Educación Preescolar 1976.

SHAW, R.Charles. Cuando su hijo necesita ayuda. México. Editorial Diana, 1982.

SKINNER, B.F. La conducta de los organismos. Barcelona, Editorial Fontanela, 1972.

SPRAINGS, Violet E. Las dislexias, un enfoque psicoeducacional y fisiológico. México, Prensa Médica, 1976.

TARNOPOL, Lester. Dificultades para el aprendizaje. México, Prensa Médica, 1976.

The boston women's heat the book collective. Nosotros y nuestros hijos. Tr. Ma. Teresa Tellechea de S. México. Editorial Diana, S.A., 1983.

THROOP, Sara. Actividades preescolares. Matemáticas, Barcelona, Ediciones Ceac, S.A., 1978.

UNICEF. Curriculum de estimulación precoz. Programa regional de estimulación precoz. 2a. ed., Guatemala, Editorial Piedra Santa, 1981

Ejercicios y juegos para mi niño de 3 a 6 años. Programa de estimulación precoz, 3a. ed., adaptación de Carmen Naranjo, Guatemala, Editorial Piedra Santa, 1982.

VELASCO, Fernández Rafael. El niño hiperquinético, los síndromes de disfunción cerebral. 2a.ed. México. Editorial Trillas, 1985.

WEINER, I.B. y Elkind. Desarrollo normal y anormal del preescolar. Tr. Marta Elena Silvestre, México, Editorial Paidós Educador, 1983.