UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION PSICOLOGICA DEL NIÑO CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN LAS ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL DE LA S.E.P. EN EL D.F.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

BEATRIZ EUGENIA MILLAN ROMERO

ASESOR: ACADEMICO MTRA. LUCY REIDL MARTINEZ.

México 1980

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Z5053.08
UNAM. 50
1980
Ej : 2

M.- 24217
tps. 605

INTRODUCCION.

Como Psicóloga relacionada con problemas de aprendi-- zaje que se presentan en las escuelas de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública en el D.F. he pensado en dar un panorama de la forma como son evaluados psicológicamente los niños que asisten ó solicitan ingreso a ellas, el objetivo principal de éste estudio es ver lo que se está haciendo, no propone un sistema nuevo de valoración.

Mencionemos que se trata de una forma de trabajo re-- cién adoptada por el Departamento de Psicología de la Dirección General de Educación Especial que exige que en las escuelas (federales) dependientes de dicha Dirección, se trabaje de acuerdo a ella. Tiene más o menos un año de estar funcionando así, y - en realidad los resultados aún no pueden percibirse. Antes en realidad no se contaba con una forma específica y completa de valoración, quedando a la libre elección del psicólogo, no se - contaba por lo tanto con una uniformidad de criterios que dificultaba la adecuada canalización y organización de los alumnos.

En el primer capítulo se aborda el tema de la Educa-- ción Especial en México, mencionando brevemente el desarrollo - que ésta ha tenido desde sus inicios hasta nuestros días. Posteriormente se definen los conceptos esenciales de la Educación Especial como es manejada en nuestro país, finalizando con una descripción de algunas actividades que realiza la Direc. Gral.

2190

en colaboración con otras instituciones para cumplir el cometido que se ha fijado.

En el capítulo segundo entramos propiamente al trabajo psicológico, que para los fines de éste estudio es lo que reclama más nuestra atención, no siendo por eso menos interesante lo primero. Se presenta la forma de evaluación psicológica utilizada en Educación Especial, se da una breve descripción de -- las pruebas utilizadas, la forma como se integra el estudio.

En los capítulos tercero, cuarto y quinto, se exponen el método utilizado y los resultados obtenidos en nuestro estudio, así como una discusión de ellos.

Para finalizar en los capítulos sexto y séptimo se -- dan las conclusiones a las que se han llegado y un breve resu-- men del trabajo realizado.

Pág.

INTRODUCCION II

INDICE

CAPITULO PRIMERO

DEFINICION DEL SISTEMA DE EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO

1. Antecedentes históricos..... 2
2. Definición y Principios de la Educ. Especial..... 7
3. Fundamentos y Objetivos..... 9
4. Definición de las Escuelas de Educ. Especial y de la Población que es atendida en ellas 11
5. Organigrama de la Direc. Gral. de Educ. Especial..... 16
6. Coordinación con otras Instituciones 18
7. Comparación de la Educ. Especial con la Educ. Especial en México..... 20

CAPITULO SEGUNDO

EVALUACION PSICOLOGICA

1. Introducción 26
2. Escala de Inteligencia Stanford-Binet..... 27
3. Escala de Inteligencia Infantil de Wechsler Revisada. 30
4. Test Guestáltico Visomotor..... 34
5. Método de Evaluación de la Percepción Visual..... 38
6. El Test del Dibujo de la Figura Humana..... 41
7. El Test de la Familia 44

CAPITULO TERCERO

METODO

1. Sujetos..... 49
2. Escenario 49
3. Material 50
4. Procedimiento de Aplicación 50
5. Procedimiento Estadístico. 51

CAPITULO CUARTO

RESULTADOS Pág.

1. Cuadro N° 1 55
2. Cuadro N° 2 56
3. Cuadro N° 3 57
4. Gráfica N°1 59
5. Gráfica N°2 60
6. Cuadro N° 4 61
7. Casos Individuales : 1 a 30 62

CAPITULO QUINTO

DISCUSION..... 94

CAPITULO SEXTO

CONCLUSION..... 97

CAPITULO SEPTIMO

RESUMEN..... 100

BIBLIOGRAFIA 101

CAPITULO PRIMERO

DEFINICION DEL SISTEMA DE EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO

1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

La existencia de miles de niños atípicos que por alguna u otra razón se apartan de la normalidad ha causado inquietud por siempre en el mundo entero y desarrollado investigaciones y planes experimentales al respecto.

Los principios de la Educación Especial en México, se remontan hacia el año de 1867 cuando Don Benito Juárez por decreto funda la Escuela Nacional para Ciegos y la Escuela Nacional para Sordos.

En 1914 el Dr. José de Jesús González (oftalmólogo) - crea en la ciudad de León, Gto. una escuela para la educación de niños débiles mentales, dedica sus investigaciones a las relaciones entre las deficiencias visuales y las mentales.

En 1917 el profesor Salvador M. Lima consiguió que se incluyera en el plan de estudios de la Esc. Normal de Jalisco, la cátedra de "Educación de Niños Anormales". El 10 de diciembre de 1926 se inaugura el Tribunal para Menores a cuya causa - contribuyó. También fundó una escuela para niños deficientes - mentales en la ciudad de Guadalajara, Jal. cuando tenía a su -- cargo la Dirección General de Educación de dicho Edo.

El Dr. Santamarina, precursor del Instituto de Protección de la Infancia y colaborador del Instituto Médico Pedagógico es considerado como el introductor de la Psicometría en Méxi

co; reorganizó el Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar. Obtuvo resultado sobre la desnutrición, el desarrollo antropométrico, el retardo escolar; estandarizó y adaptó pruebas mentales.

En 1923 se fundan las primeras escuelas para deficientes mentales, en plan experimental y con apoyo del estado. Tenemos la Esc. de Recuperación Mental "Dr. José de Jesús González", en un local anexo a la policlínica N°2 de Peralvillo en el D. F.

El 7 de junio de 1935 se inaugura el Instituto Médico Pedagógico, funcionando en él la Esc. para Deficientes Mentales que recibió el nombre de Esc. N°1 y la Esc. N°2 de Recuperación Física.

En 1936 es fundado el Instituto Nacional de Psicopedagogía, en ese mismo año se transforma en Servicio de Educación Especial. Comienza a funcionar la escuela para Niños Lisiados N°3 en lo que fuera el Instituto Médico Pedagógico.

En 1937 comienza a funcionar la Clínica de la Conducta y de Ortolalia.

En 1939 se funda el Preventorio Antituberculoso en el Parque Lira.

En 1941 se crea la Esc. Normal de Especialización según lo establecido en el artículo N°81, fracción III.

En 1942 entre en vigor la ley y para el año siguiente

(1943) abre sus puertas con la carrera de Maestra Especialista en la Educación de Anormales Mentales y Menores Infractores. Para 1945 se inician las carreras de Maestro Especialista en la - Educación y Cuidado de Sordomudos.

El Lic. Adolfo López Mateos en 1964 inaugura el edificio de la Normal en la Col. Polanco que en la actualidad continúa funcionando.

En 1942 se instalan 2 grupos diferenciales anexos a - escuelas primarias por vía de experimentación y para comprobar si se podía bajar el costo de la educación de los niños deficientes. Al mismo tiempo desaparece el Preventorio Antituberculoso, por considerar la labor de profilaxis más asistencial que educativa.

En 1944 los grupos diferenciales aumenta a 10, pero - en 1945 desaparecen paulatinamente debido a la inatención de -- que fueron objeto.

En 1943 el Instituto Médico Pedagógico se convierte en Esc. anexa a la Normal de Especialización.

En 1954 se crea la Dirección General de Rehabilita--- ción.

En 1955 la Esc. Normal de Especialización crea la carrera de Maestro Especialista en el cuidado y tratamiento de niños Lisiados del Aparato Locomotor.

En 1958, en la ciudad de Oaxaca se funda una Escuela Especial.

En 1959 la Profra. Odalmira Mayagoitia de Toulet es - comisionada para dirigir una investigación con el objeto de averiguar los niveles mentales de los niños de 1°y 2°años en determinadas zonas de la ciudad. El resultado de dicho estudio culmina con la fundación de las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento N°1 y 2.

En 1961 se abren las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento N°3 y 4.

En 1962 en la ciudad de Córdoba, Ver, se inaugura la Esc. para Niños con problemas de Aprendizaje. En ese mismo año la Esc. Mixta para Adolescentes comienza a trabajar y para 1963 se hace la separación de Adolescentes Mujeres y Adolescentes -- Varones.

Para 1964 se abren los Centros por Cooperación N°1 y 2.

En 1968 se inaugura dos escuelas más: una en Sta. Cruz Meyehualco y la otra en San Sebastián Tecoloxitlán, Iztapalapa.

Durante los 7 años que la maestra Mayagoitia duró al frente de la Coordinación de Educ. Especial, logró la apertura y funcionamiento de 10 escuelas en el D.F. y en los Edos. dejó con sostenimiento federal las escuelas de San Luis Potosí ---- (1962); Aguascalientes (1964), y las de Tampico, Culiacán, Puebla y Mérida en 1966.

En 1966 la Profra. Mayagoitia se hace cargo de la Dirección de la Esc. Normal de Especialización y la Profra. Mén--

dez Gracida la substituye en el cargo.

En 1969 se funda la Esc. de Educación Especial N°13 del Hosp. Infantil de México (turno vespertino), con la finalidad de socializar a niños hospitalizados, brindándoles atención pedagógica y terapia ocupacional para calmar su angustia. La creación del turno matutino: Esc. de Educación Especial N°-14, fué posterior a la del turno vespertino y nació con la idea de atender aquellos casos que requerían educación espe--- cial y que eran atendidos en el hospital fundamentalmente en - el área de Medicina Física, su funcionamiento data de 1972.

El Lic. Luis Echeverría Alvarez siendo Presidente de la República, funda la Dirección General de Educación Especial el 11 de diciembre de 1970 quedando en la dirección la Profra. Odalmira Mayagoitia de Toulet.

En 1972 se funda la Asociación Mexicana de Especialistas de Dislexia. En ese mismo año se inaugura el Centro Psicopedagógico Unión de la Villa.

La creación de la Esc. de Educación Especial del Hosp. Psiquiátrico Infantil data de 1931, es anterior al Parque Lira. A partir de 1972 se empezó a atender a externos teniendo grupos mixtos, con el requisito de que fueran pacientes del hospital.

En 1974 se inauguran los Centros de Rehabilitación y Educación Especial de Nayarit y de Campeche. En ese mismo año en el hospital Germán Díaz Lombardo que atendía exclusivamente

a personas afectadas del aparato locomotor, se comenzó a organizar lo que sería el servicio de educación especial.

En 1975 la Dirección General de Educación Especial en coordinación con la Dirección General de Rehabilitación, estudian la probabilidad de implantar el servicio de educación especial en el Hospital Colonia.

En ese mismo año se inauguran los Centros de Rehabilitación y Educación Especial de Oaxaca, Puebla y en el Edo. de México.

En 1976 se inauguran en Durango y Quintana Roo los Centros de Rehabilitación y Educación Especial.

Para abril de 1977 la Profra. Mayagoitia abandona la Dirección General y en su lugar entra la Profra. Guadalupe Méndez Gracida.

En 1978 se inaugura la Clínica Psicopedagógica de Iztapalapa. Para el siguiente año se inaugura la de Cuauhtemoc.

En enero de 1979 la Profra. Méndez Gracida deja la Dirección General de Educación Especial y pasa a ocupar ese cargo la Dra. Margarita Gómez Palacios.

2.- DEFINICION Y PRINCIPIOS DE LA EDUCACION ESPECIAL

CONCEPTO.- "La Educación Especial es la rama de la Pedagogía, que mediante la aplicación coordinada de un conjunto de disciplinas científicas atienden al individuo que en sus procesos de crecimiento, maduración y desarrollo sufre limitaciones

para el aprendizaje, que se manifiestan en impedimentos físi-- cos, mentales y sociales, para el logro de metas que favorecen su máximo desenvolvimiento, tomando en cuenta los diversos estados particulares y finalmente la incorporación productiva al grupo social de que forma parte".

Es indispensable la acción temprana de la Educación Especial ya que aporta una metodología y un programa de acción en los años formativos que van a conducir al individuo a un mejor aprovechamiento de sus potencialidades.

La Educación no es únicamente instruccional, sino -- que cuenta con técnicas, organización, metodología y nomenclatura específicas, medios que permiten la formación de hábitos, detección de destrezas, desarrollo de habilidades y capacidades que le van incrementando a medida que se les fomenta, estimula y encausa.

PRINCIPIOS.- La Educación Especial basa en los siguientes principios:

a) La individualización en cuanto siendo inviolable el ámbito de la libertad personal, es consecuente al mismo, al propiciar la libre expresión del educando según sus exitencias y diferencias cualitativas siguiendo el curso de la evolución, ampliándola y perfeccionándola constantemente hasta lo-- grar su auténtica plenitud, por escasa que sean -

sus potencialidades.

b) El constante progreso en la realización del impedido para que al mismo tiempo que fomente la formación de hábitos, aptitudes, capacidades, conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes hacia un sano desarrollo de la personalidad, estructure una conciencia social idónea que haga efectivo el ideal de que cada individuo se convierta en el mejor agente de su propio desenvolvimiento, evitando su tradicional e injusta segregación.

c) La oportunidad jurídicamente reconocida de un lugar propio en la sociedad, equivalente en derechos al de cualquier otro individuo.

3. FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DE LA EDUCACION ESPECIAL.

El hombre es un ser en marcha, es un proyecto que se realiza día con día, es un anhelo que en el momento de nacer cuenta con potencialidades a desarrollar y perfeccionar. Esta capacidad del hombre para crecer, realizarse es lo que se podría llamar característica de persona. Y el proceso de crecer y buscar ese perfeccionamiento se le llama Educación, a la que tiene derecho todo ser humano, independientemente de sus posibilidades y limitaciones.

El fin de la persona es lograr el perfeccionamiento

integral de sus potencialidades, la formación en una doble dimensión: a) la de constitución de una personalidad definida en permanente crecimiento y búsqueda de autenticidad (objetivos esenciales de la educación); b) de la integración participante y armónica de esa personalidad en la sociedad de que forma parte.

Lo genuinamente educativo sería la ayuda formal e intencionada que se da al educando para que llegue a su plena -- realización. La Pedagogía surgiría al organizar las ideas, -- actitudes y acciones encaminadas al crecimiento y perfeccionamiento de las potencialidades humanas. La Educación Especial forma parte de la Pedagogía Diferencial, y se refiere a la acción educativa en sujetos especiales, atípicos, es decir aquellos que presentan características distintas de las que se tienen por "normales". Así pues la Educación Especial es el con-- junto de acciones específicas dirigidas a ayudar al desarrollo de las potencialidades de aquel sujeto que por alguna alteración física, psíquica ó social presenta problemas de aprendizaje. Responde al intento de estimular a un sujeto para que vaya desarrollando capacidad de dirigir su propia vida, es de-- cir de hacer efectiva la libertad personal, participando con - sus características peculiares en la vida comunitaria.

Se dirige a aquellas personas que por presentar diferencias en su persona, son incapaces de dirigir sus propias - vidas, acciones en la edad cronológica en que otros sujetos pue

den hacerlo. Incapaz también de seguir un proceso de aprendizaje especial, por lo que se necesita un tratamiento pedagógico denominado educación especial.

El problema fundamental de la Pedagogía es la determinación del fin educativo, éste consiste en poner al educando en las mejores condiciones para que pueda realizar el fín supremo que es la realización de su propia vida en plenitud.

La Educación Especial tiene como objetivos generales:

- El conocimiento y desarrollo de las capacidades singulares.
- Propiciar y desarrollar la confianza en sí mismo -- guiándole en sus relaciones.
- La preparación para las relaciones humanas, el sentido de colaboración y responsabilidad.

4. DEFINICION DE LAS ESCUELAS ESPECIALES Y DE LA POBLACION QUE ES ATENDIDA EN ELLAS.

La Educación Especial se ocupa del desarrollo integral del niño y adolescente atípicos, en los que quedan incluídos niños con problemas de:

a) audición y lenguaje.

b) ciegos, débiles visuales.

c) deficientes mentales.

d) lisiados del aparato locomotor.

e) menores infractores.

f) y niños con problemas de aprendizaje ó cualquier -- otro tipo de inadaptación escolar y social.

Por su organización las escuelas adoptan distintas modalidades:

a) Secciones maternales: Son aquellos servicios que reciben a los niños atípicos entre los 6 meses y los 3 años de --- edad, con el objeto de iniciar su tratamiento educativo y rehabilitatorio precoz.

b) Guarderías especializadas: Son aquellos servicios - destinados particularmente a niños deficientes mentales muy limitados, con fines tanto asistenciales como educativos.

c) Jardínes de Niños: Son escuelas que reciben a los - niños atípicos en edad preescolar, con el objeto de iniciar a -- ese nivel el tratamiento educativo y rehabilitatorio especializado y/o continuar el emprendido en las secciones maternales.

d) Escuelas de organización completa: Son aquellas que atienden niños o adolescentes en edad escolar para el desarrollo íntegro del proceso educativo y rehabilitatorio, para lo cual - cuentan con todos los recursos docentes, técnicos, administrativos y materiales en un mismo local y bajo organización adecuada que comprende el número necesario de personas destinadas a tal fín.

e) Grupos Integrados: Es el servicio que la Direc. Gral.

de Educ. Especial establece en respuesta a la gran demanda de - atención especializada a los niños del Primer Ciclo de la Escuela Primaria que presentan problemas de aprendizaje, conducta, - adaptación, etc., y que significan un grave problema para el desarrollo de las actividades docentes del maestro de Escuela Primaria.

f) Centros de Capacitación para el Trabajo: Son los -- servicios destinados a dar a los adolescentes atípicos, una formación vocacional, y ocupacional que les permita la autosuficiencia económica y la adaptación social dentro de las limitaciones que su condición les impone.

g) Centros y Servicios de Rehabilitación: Son aquellos destinados a dar tratamiento técnico especializado a problemas - de lenguaje, lisiados del aparato locomotor, ciegos o débiles visuales, sin perjuicio de su asistencia a las escuelas primarias normales.

Estas escuelas y demás servicios que se imparten en -- educación especial pueden ser:

a) Federales: Aquellos servicios que se sostienen por el Gobierno Federal en cualquier lugar del país.

b) Estatales: Son aquellos servicios en que los Gobiernos de las entidades federativas promueven y sostienen en sus -- respectivas jurisdicciones.

c) Municipales: Son aquellos cuyo sostenimiento es mix

to, ya sea por el Gobierno Federal, Estatal ó Municipal y la iniciativa privada, sin fines lucrativos, con reglamentación específica.

d) Particulares incorporadas: Aquellas que la iniciativa privada organiza y sostiene, ajustándose a lineamientos -- ténicos y administrativos establecidos por la Dirección Gral. de Educ. Especial.

El personal que labora dentro de las escuelas y servicios de Educación Especial quedan comprendidos en 4 grupos:

a) Directivo: Responsable de la labor técnica y administrativa ante el Inspector y el Supervisor de Educ. Especial. Debe hacer cumplir las disposiciones e instrucciones dictadas - por la Direc. Gral de Educ. Especial. Vigilar y organizar las - actividades de su escuela.

b) Docente: Es el personal que presta sus servicios - impartiendo educación.

c) Técnico: El personal técnico está integrado por -- profesionales de la medicina, psicología, sociología, antropología, trabajo social, estadística y demás especialidades de tipo rehabilitatorio y asistencial.

d) Administrativo y manual: Son trabajadores administrativos y manuales las personas que de acuerdo con su nombramiento tengan por función desempeñar labores de esa índole.

Por su parte los alumnos tienen derechos y obligaciones que deben cumplir.

Las escuelas y demás servicios del sistema se crean - de acuerdo a las necesidades, y partiendo de la tendencia actual, dedicándose cada escuela a problemas de determinadas atipicidades por ej. escuelas para la ceguera y debilidad visual, escuelas para problemas de audición y lenguaje, etc. sin embargo es frecuente que existan escuelas que atienden varios problemas diferentes ya que en un solo niño pueden presentarse varias atipicidades.

En la actualidad contamos con las siguientes escuelas en el D.F. y en los Estados:

Estado	N° de Escuelas.
Aguascalientes	2
Baja California Norte	12
Campeche	2
Coahuila	11
Colima	3
Chiapas	4
Chihuahua	14
Durango	3
Guanajuato	10
Guerrero	5
Hidalgo	3
Jalisco	18
Edo. de México	6

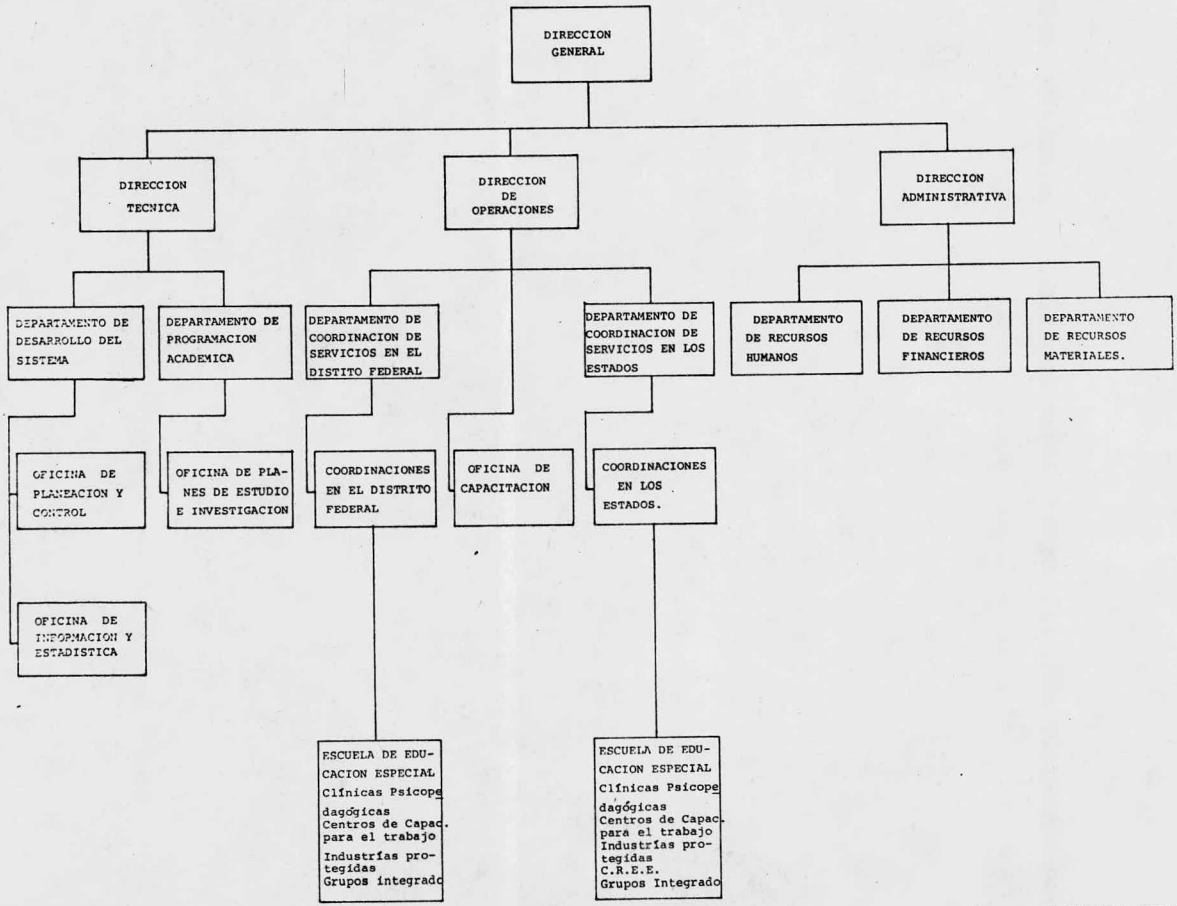
Michoacán	5
Morelos	2
Nayarit	2
Nuevo León	33
Oaxaca	1
Puebla	14
Querétaro	2
Quintana Roo	3
San Luis Potosí	5
Sinaloa	10
Sonora	15
Tabasco	1
Tamaulipas	7
Tlaxcala	1
Veracruz	9
Yucatan	8
Zacatecas	2
D.F	87

Contamos además con los Servicios Clínicos y de Grupos Ingrados.

5. ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL.

(Ver Organigrama en la siguiente página).

ORGANIGRAMA DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL



6. COORDINACION CON OTRAS INSTITUCIONES

Para llevar a cabo su labor de educación y rehabilitación la Dirección General de Educación Especial se coordina con otras instituciones que a continuación mencionamos.

Con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y Gobiernos Estatales:

- Operación conjunta de los C.R.E.E. (Centros de Rehabilitación de Educación Especial).

- Prestación de servicios educativos en la Escuela Nacional de Ciegos y Débiles Visuales, Centros de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético, Escuela del Hospital Infantil de México, Sección Escolar del Instituto de la Comunicación Humana.

- Operación conjunta de los servicios de Ortolalia - de los Institutos de Protección a la Infancia Estatales.

- Con el gobierno de los edos. por ej. el de Coahuila, el desarrollo del "Plan saltillo" de tipo experimental, para dar atención educativa en "Grupos Integrados" a todos los alumnos de 1°, 2° y 3er. grados de educación primaria que presenten problemas de aprendizaje en esa ciudad.

Con la Secretaría de Gobernación:

- Prestación de servicios pedagógicos en las escuelas e instituciones para menores infractores.

Con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social:

- Elaboración y operación conjunta de una Bolsa de Trabajo para adolescentes y adultos atípicos.

- Elaboración de un catálogo de empleos para atípicos con la indicación de la demanda actual y tendencias en el futuro inmediato.

- Establecimiento de un programa de vigilancia para garantizar el respeto de los derechos laborales de los trabajadores atípicos.

Con el Departamento del Distrito Federal:

- Prestaciones de servicios educativos en los albergues e instituciones para inadptados sociales y menores en estado de peligro social.

- Creación de 16 clínicas psicopedagógicas y de conducta, destinadas a prevenir y tratar problemas de aprendizaje y adaptación escolares.

Con el DIF:

- Prestación de servicios educativos en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial para niños lisiados del sistema músculo-esquelético.

- Prestación de servicios educativos a las niñas internadas que presentan deficiencia mental.

Con los Gobiernos Municipales.

- Creación de escuelas y servicios para niños atípicos.

En lo Internacional:

- Participación en los cursos que la O.E.A. a través del Instituto Interamericano del Niño, desarrolla regionalmente para capacitar promotores y multiplicadores que promuevan la -- atención a niños con problemas de aprendizaje escolar.

- Envío de becarios a los cursos que sobre aspecto - pedagógico organiza la O.E.A.

- Participación en los programas relacionados con e- ducación especial que organiza o promueva la U.N.E.S.C.O.

7. COMPARACION DE LA EDUCACION ESPECIAL CON LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO.

El educando no solamente presenta características intraindividuales (según se halle en la infancia, adolescencia y juventud), sino que además cada sujeto se diferencía de otro, ya sea en clase de cualidades ya sea en el grado en que las posee, variedad interindividual.

La Pedagogía Diferencial es una rama de la Pedagogía que trata de la necesidad de conocer y adaptarse a cada uno de los educandos para que la labor formativa sea realmente tal, hace que los educadores dirijan su vista hacia ésta dimensión educativa que se halla en función de las notas típicas y caracte-- rísticas que el individuo presenta en el decurso de su vida, o de aquellas que le distinguen de los demás.

La Pedagogía Diferencial es la que tiene por objeto - conocer la diversidad de los educandos y las distintas actuaciones que requieren sus típicas características para lograr la mejor realización de todas sus posibilidades. La Educación Especial corresponde al sujeto que se sale de la norma general según la distinta capacidad que ofrece ya sea de orden físico, intelectual o caracteriológico.

Por anormalidad entendemos todo lo que de algún modo cuantitativa o cualitativamente se aparta de la norma, regla, - patrón o tipo establecido.

Existen dos criterios para la anormalidad.

a) La norma del término medio: Será anormal el individuo que se aparta de lo corriente, de lo general, de lo ordinario, del término medio.

b) La norma del ideal realizable: Será anormal el sujeto que no aspire a realizar en sí el ideal de perfección natural y sobrenatural a que esta llamado el hombre, y que en lo posible realice.

Los dos criterios deben ser tomados en cuenta en conjunto, ya que en la norma del término medio para que adquiera - todo su sentido hay una valoración dependiente del debe ser, y en la norma del ideal realizable se tiene en cuenta para su junta valoración el término medio.

Las anormalidades se clasifican en: cualitativas y -- cuantitativas. Las primeras afectan a individuos que discu--

rren y se conducen con un cerebro defectuoso. Son de dos tipos, unas producidas por lesiones del encéfalo provocadas por agen-- tes infecciosos o traumáticos, y las otras ligadas interiormente a la constitución, se vinculan a las alteraciones del sistema nervioso.

Las anormalidades cuantitativas son las de los suje-- tos que tienen más o menos disposición o capacidad para algo -- que lo que ofrece el término medio amplio: anormalidades de tipo cultural, físicos y psíquicos.

La educación del niño deficiente reclama más atención. En primer lugar por el respeto que exige toda persona y por tratarse de niños desamparados; y en segundo lugar por motivos sociales, la educación puede evitar inadaptaciones y la carga que pueda significar si no cooperan al bien común.

Junto con un tratamiento médico, debe de proporcionárseles una educación especial que desarrolle suficientemente su personalidad. Deberá dotárseles de una cultura y de unos hábitos valiosos y compensadores de su falla y proporcionarles formación adecuada, para su integridad en la sociedad con provecho para sí y para la comunidad en que viven.

Una definición aceptable de Educación Especial sería: "Un sistema flexible de ayuda educativa puesta a disposición - de los alumnos que tienen dificultades, cuya naturaleza y ex-- tensión son variables, debidas a trastornos físicos ó mentales hereditarios o provocadas por el medio ambiente".

El fín de la Educación Especial se extiende más allá de la escuela para enlazar con la comunidad y lograr una verdadera formación integral de todos los educandos. Sus objetivos son de carácter formativo instrumental y práctico; 1° orientan la - integración del individuo a la vida social, de acuerdo a sus posibilidades y capacidades específicas con igualdad de derechos.

2°Desarrollar en los deficientes físicos y mentales, e inadaptados sociales, las capacidades psíquicas y físicas, al máximo de sus posibilidades, por medio de técnicas especiales.

3°Crear hábitos de vida, y desarrollar las destrezas y habilidades que les permita la autonomía para enfrentarse con -- éxito a las tareas cotidianas.

4°Lograr el disfrute de la participación individual y colectiva en juegos, deportes y otras situaciones deportivas.

5°Propiciar que los educandos puedan incorporarse a la vida social y laboral, creando una conciencia de deber social.

Las características de la Educación Especial podrían - resumirse como métodos individualizados de enseñanza, programas especialmente elaborados, aprendizaje etapa por etapa, enfoque - psicológico de los problemas y dificultades del niño, higiene mental como uno de los aspectos de los métodos y tratamientos - adaptados por el maestro, etc.

No se insiste únicamente en los objetivos pedagógicos de la educación, evaluada en términos de conocimientos, capacitación, realizaciones, sino también en el desarrollo social y emo

tivo del niño.

La finalidad consiste en ofrecer a cada alumno la posibilidad de hacer estudios que respondan a sus aptitudes y necesidades particulares y les de la oportunidad de realizarse según su capacidad.

La educación especial requiere de la contribución de especialistas coordinada con el trabajo pedagógico, se necesitan expertos en medicina, psicología, socialogía, etc.

Comparando la Educación Especial en México con los conceptos generales de la Educación Especial, podemos decir que México ha logrado avanzar en éste campo, teniendo por supuesto épocas difíciles y de estancamiento, como de avance, faltando sin embargo,todavía mucho por lograr.

Son muchas las diferencias que hay entre los Sistemas de Educación Especial puestos en práctica por países diversos, esto se debe a su situación geográfica, su historia, su cultura, su grado de industrialización y su organización política; sin embargo, también hay semejanzas, quizás los métodos y formas que se siguen para alcanzar los objetivos perseguidos son distintos, pero la finalidad en suma es la misma: "Un desarrollo integral del niño, de acuerdo a sus capacidades desarrolladas al máximo, y su integración a la sociedad".

CAPITULO SEGUNDO

EVALUACION PSICOLOGICA.

1. INTRODUCCION.

El Departamento de Psicología de la Dirección General de Educación Especial que controla y organiza a los psicólogos de las diferentes escuelas especiales de la Dirección mencionada, viendo las dificultades a las que éstos se enfrentaban al - valorar a los niños por que no existía una forma de valoración específica que permitiera una adecuada organización y canalización de los niños, se decidió a formar una batería de pruebas - que quedó integrada por las siguientes pruebas: Escala de Inteligencia de Stanford-Binet , o "Escala de Inteligencia Infantil de Wechsler Revisada (WISC-R), el test Guestáltico Visomotor -- (Bender), el test de Evaluación de la Percepción Visual (Fros-- tig), el test del Dibujo de la Figura Humana (DFH), y el test - de la Familia.

La batería de pruebas quedó sujeta a cambios ya que las mismas pruebas no servían para valorar a todos los niños - dada la atipicidad que presentaban. Así los niños con proble-- mas de Audición y Lenguaje son valorados con: WIPSI, WISC (la parte de ejecución), Raven, en ocasiones las partes visuales -- del Terman sobre todo con niños de alrededor de 3 años,el Ben-- der, el DFH y la prueba de Leiter.

Con niños ciegos se utiliza la WISC en su parte ver-- bal, la escala de Desarrollo de Gessell, la prueba de Desarro--

llo Psicomotríz BDA de Brunnette Liseing, el Terman-Merrill a-- daptada para ciegos, el Vineland, Fábulas de Despert y el test de Frases Incompletas.

Con niños débiles visuales se utiliza el WISC, Ter--- man-Merrill (forma L-M para débiles visuales), Raven en escala especial en tablero y cuadernillo, en ocasiones el Bender, Fábu las de Despert, el test de Frases Incompletas, el M.M.P.I, el - Machover, el H.T.P.

Con niños que presentan Parálisis Cerebral Infantil - se utiliza el WISC, el Terman-Merrill, el DFH, el Leiter

En el presente estudio fué utilizada la batería de - pruebas que podríamos llamar base y primeramente mencionada, -- por eso se expone brevemente cada una de las pruebas que forma- ban la batería.

2. ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD-BINET

Alfred Binet en colaboración con Theodore Simon crea- ron la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet en 1905, que me día el desarrollo general y el juicio. Se trataba de determi-- nar el nivel intelectual de los anormales, y de compararlo con el del resto de la población. La idea más importante consiste en haber atribuído a cada individuo una edad mental independien te de su edad cronológica: edad atribuída al sujeto no en fun-- ción del número de años transcurridos desde su nacimiento, sino en función de la edad media de una población de niños capaces -

de tener un comportamiento análogo al suyo.

Stern presentó este criterio en forma de una relación el Cociente Intelectual (C.I.), cociente de la edad mental por la edad real. Si numerador y denominador son iguales, éste cociente es igual a 1, es decir, el sujeto es capaz del mismo rendimiento que los sujetos de su edad. Si su rendimiento es inferior, no iguala más que a sujetos más jóvenes. Si es superior a 1, supera las mismas pruebas que los sujetos de más edad. Para evitar el empleo de decimales, el C.I. de un sujeto, estructuralmente conforme a una población de su edad, es igual a 100.

En este test cada prueba es considerada como representativa de lo que puede conseguir un niño de una edad dada. En el momento en que un sujeto es capaz de superar todas las pruebas correspondientes a una edad ésta constituye su edad mental base. Toda superación de una prueba más difícil aumentará su - edad mental en una fracción de año suplementaria. La explora-- ción se detiene cuando el sujeto no consigue ya superar ninguna de las pruebas específicas de una determinada edad.

Esta escala ha sufrido varias revisiones, de las más importantes tenemos las de Terman y de Terman y Merrill. El objeto de ellas ha sido afinar detalles.

La última revisión es la de 1972 Forma L-M, para su - estandarización se utilizó una muestra representativa de 2100 ni-- ños, con aproximadamente 100 niños en cada nivel de edad de la

Stanford-Binet. La muestra incluyó niños caucásicos y niños -- que no lo eran. Para que en cada muestra de edad hubiera una - representación proporcionada en cuanto a nivel de capacidad, se utilizaron puntuaciones de las pruebas de capacidades cognoscitivas.

Las normas de 1972 dan un CI de desviación media de - 100 y una desviación estándar de 16. Los valores se obtienen - de la misma manera que en las anteriores (usando la EC y la EM del niño para obtener el CI).

Los cambios medios más grandes de las normas de 1960 a las de 1972 están en el rango de edad cronológica que abarca de los dos a los cinco años, que varía de -10.8 a -9.7 puntos de C.I. Los cambios en los CI se vuelven progresivamente más - pequeños hasta la edad de 10 años, y luego vuelven a aumentar - en las edades restantes.

Los cambios de CI de las normas de 1960 a las de 1972, correspondientes a las edades que van de los dos a los cinco -- años, son aproximadamente los mismos a través de todos los niveles de capacidad. Después de la edad de cinco años, los cam--- bios son más grandes en los niños que tienen capacidad promedio o superior al promedio que los que tiene una capacidad por debajo del promedio.

En las normas de 1972 no se conserva la relación tradicional entre la EC y la EM, debiéndose esto a un cmabio en la elaboración de las normas de CI. En la Stanford-Binet de 1972

no es correcto el decir que siempre que la EC y la EM sean --- iguales hay un funcionamiento normal.

En general, las normas de 1972 proporcionan CI más bajos que los de las normas de 1960, sobre todo tratándose de niños pequeños y de los de capacidad promedio ó superior al promedio que tiene más de 5 años de edad cronológica.

Por otro lado tenemos que antes de 1972 más niños -- eran clasificados como "superdotados" y menos como "retardados mentales", de los que se habría esperado si la capacidad medida estuviera distribuída normalmente en la población. Con las nuevas normas, la proporción de niños clasificados como superdotados o retardados mentales debe coincidir más con el porcentaje que se espera en una distribución normal.

El método de Desviación Estándar puede ser utilizado para evaluar el patrón de éxitos y fracasos del niño en ésta -- prueba, puede hacerse de acuerdo a su edad cronológica, si se - desea comparar su patrón de capacidades con el del niño que tiene un CI de 100 y la misma edad cronológica o de acuerdo a su - edad mental, cuando queremos una comparación entre las puntua-- ciones de un mismo individuo. Aún cuando el procedimiento DE no es exacto, es utilizado con buenos resultados.

3. ESCALA DE INTELIGENCIA INFANTIL DE WECHSLER REVISADA

En 1949 Wechsler desarrolló de su escala de inteligen

cia Infantil de Wechsler Revisada" (WISC-R), la cual no era muy diferente a la primera, habiendo sufrido ligeros cambios en algunos reactivos, conservándose intactos otros, o con una modificación esencial. Una de las principales diferencias es el -- rango que cubre la escala, en la WISC este rango comprendía de los 5 años a los 16 años. En la WISC-R el rango abarca de los 6 años a los 17 años.

La estandarización de la WISC-R se efectuó en una --- muestra representativa de 2200 niños caucásicos y no caucásicos, encontrándose 11 grupos de edades diferentes (de los 6-6 a los 16-6), que incluían 200 niños en cada grupo.

Se continuó empleando el CI de desviación, con una media de 100, y una desviación estándar de 15. Las subpruebas - contienen la misma puntuación normalizada media (10) y la misma desviación estándar (3).

Los coeficientes de confiabilidad para los 11 grupos de edad varían de 0.95 a 0.96 para la escala total, de 0.91 a - 0.96 para la escala verbal y de 0.89 a 0.91 para la escala de - ejecución. Con respecto al promedio de los 11 grupos de edad, los coeficientes de confiabilidad varían de 0.77 a 0.86 en las subpruebras de la escala verbal; y de 0.70 a 0.85 en las sub-- pruebas de ejecución. Los grados de confiabilidad más altos se encuentran en la escala verbal.

Por otro lado tenemos que es más confiable un CI ob-- tenido de la escala total, que el verbal o el de ejecución, ya

que los errores estándar de medida en puntos de CI, se basan en los promedios de los 11 grupos de edad, son 3.19 para la escala total, 3.60 para la escala verbal y de 4.66 para la de ejecución.

Para ver la estabilidad de la WISC- R se reexaminó a un grupo de 303 niños de 6 grupos de edad de la muestra de estandarización, después de un intervalo de un mes. Los resultados mostraron que los CI proporcionados por la WISC-R son estables en las 3 escalas, habiéndose encontrado cambios de CI de la primera aplicación de la prueba a la segunda, cerca de 7 puntos de CI en la escala total, de casi 4 puntos de CI en la escala verbal y cerca de 10 puntos de CI en la escala de ejecución.

La WISC-R se divide en dos escalas: la escala verbal y la de ejecución, cada escala formada por 6 subpruebas.

Escala Verbal

1. Conocimientos.- Esta subprueba mide la riqueza de la información aprovechable que se adquiere como consecuencia de la capacidad innata y las experiencias culturales.
2. Comprensión.- Mide el juicio social, la capacidad para emplear los hechos de una manera pertinente, significativa y emocionalmente aprovechable.
3. Aritmética.- Mide la capacidad de razonamiento aunada a la

exactitud numérica de el cálculo mental.

4. Semejanzas.- Toda la subprueba mide la formación de conceptos verbales.
5. Vocabulario.- Mide la variedad de funciones, incluyendo - la capacidad de lenguaje y la información.
6. Retención de Dígitos.- Mide la atención y memoria a corto plazo.

Escala de Ejecución

1. Dibujos Incompletos.- Mide la capacidad para distinguir - los detalles que son esenciales de los que no lo son y exigen concentración y organización visual.
2. Ordenamiento de Dibujos.- Mide la capacidad de razonamiento no verbal, y también puede medir la capacidad para formular planes.
3. Diseño con Cubos.- Mide la coordinación visomotora y la organización perceptual.
4. Composición de Objetos.- Mide la capacidad de organización perceptual.
5. Reconocimiento de Claves.- Mide la coordinación visomotora, rapidez del funcionamiento mental y memoria inmediata.
6. Laberintos.- Mide la capacidad de planeamiento y la organización perceptual.

Respecto a los estudios de análisis factorial, se en

contraron 3 factores que describen la escala: comprensión ver-- bal, organización perceptual, e independencia de la distracción. Las subpruebas de la escala verbal contribuyen principalmente a la comprensión verbal; las subpruebas de la escala de ejecución contribuyen principalmente a la organización perceptual y las - subpruebas de Aritmética, Repetición de Dígitos y Reconocimiento de Claves determinan en gran medida el factor de independencia de la distracción.

Estas 3 puntuaciones pueden ser comparadas.

4. TEST GUESTALTICO VISOMOTOR

El Test Guestáltico Visomotor fué creado por la Dra. Loretta Bender en 1938, ella exploró la naturaleza de la fun--- ción integrativa (guestáltica).

El test de Bender consiste en 9 figuras que son pre-- sentadas una a la vez para ser copiadas por el sujeto en una hoja en blanco. La prueba se administra en forma individual y generalmente como test introductorio de la batería que se va a utilizar.

Los diseños de éstas figuras originalmente fueron usados por Wertheimer (1923) para demostrar los principios de la - Psicología de la Gestalt en relación con la percepción. La Dra. Bender adapta y usa esas figuras en un test visomotor aplicando la Psicología de la Gestalt al estudio de la práctica clínica -

y de la personalidad. Señala que la percepción y la reproduc-- ción de las Figuras Gestalticas están determinadas por los -- principios biológicos de acción sensorio-motriz, que varían en función de a) al patrón de desarrollo y nivel de maduración de cada individuo y b) su estado patológico y orgánicamente induci do.

Describe minuciosamente el proceso de maduración de - la percepción visomotora en niños pequeños y muestra las repro- ducciones típicas de las figuras de su test en niños de 3 a 11 años. Sólamente los niños de alrededor de 11 años son capaces de copiar figuras sin errores, los más pequeños todavía no pue- den hacerlo.

La Dra. Bender se dedicó esencialmente a la aplica--- ción clínica del test en pacientes con lesiones orgánicas cere- brales, esquizofrenia, psicosis, psiconeurosis y retardo mental; y al analizar los trabajos infantiles lo hace desde el punto de vista evolutivo.

En cuanto a la forma de calificación Bender no da un sistema objetivo de calificación, lo enfoca de manera evolutivo y clínico.

E. Koppitz ensayó el test de Bender, su trabajo fué - una sistematización del test de Bender como prueba perceptual y proyectiva para todos los niños de 5 a 10 años sea cual fuere - su inteligencia, estado neurológico, y ajuste emocional. Estan

darizó también un sistema objetivo de puntuación.

Usando puntajes compuestos para cada una de las figuras del Bender se formó una escala de maduración. Los datos - normativos de los protocolos se recolectaron en más de 1100 -- niños de 5 a 10 años y posteriormente se aplicó a niños que incluían problemas emocionales, de aprendizaje, retardo mental, - lesión cerebral. Una vez estudiados desde el punto de vista de maduración se diseñó un segundo sistema de puntaje para medir el ajuste emocional. Koppitz por lo tanto distingue por un lado las distorsiones que reflejan primariamente la inmadurez o disfunción cerebral y por el otro los factores emocionales y - actitudes no relacionados con la edad y la percepción.

Las desviaciones se dividen en dos escalas con funciones diferentes. Ambas se aplican a cada protocolo. El examinador puede analizar los protocolos evaluando madurez perceptual, posible deterioro neurológico y ajuste emocional en base a un solo protocolo, y es aplicable a niños de 5 a 10 años -- cualquiera que sea su inteligencia o tipo de problema presente.

La escala de Maduración del Bender quedó integrada - por 7 categorías: distorsión de la forma, rotación, sustitución de los puntos por círculos ó rayas, perseveración, falla en la integración de la figura, sustitución de curvas por ángulos, que incluían 30 items mutuamente excluyentes que se computan como presentes o ausentes.

Al estudiar los factores emocionales se interpreta -

ta al Bender como una prueba proyectiva, ésto se hace según 10 indicadores emocionales que Koppitz menciona: orden confuso, línea ondulada, círculos sustituídos por rayas, aumento progresivo de tamaño, gran tamaño, tamaño pequeño, línea fina, repaso del dibujo ó de los trazos, segunda tentativa y expansión.

Respecto a la confiabilidad de la Escala se deben tomar en cuenta dos aspectos:

1) Confiabilidad de los examinadores: el acuerdo entre diferentes examinadores que usan la misma escala independientemente y,

2) Confiabilidad de los puntajes: La consistencia en los puntajes a los sujetos que se les administró la prueba más de una vez. Se empleó el Coeficiente de Correlación de Rangos de Kendall, todas las correlaciones fueron significativas al nivel de 0.001, de lo que se desprende que la Escala de Maduración es confiable y puede ser empleada con confianza.

El Bender se ha relacionado con la madurez para el aprendizaje, para predecir el desempeño escolar, para diagnosticar problemas de lectura y aprendizaje, para evaluar problemas emocionales, para diagnosticar lesión cerebral, para el estudio de retardo mental, etc.

5. METODO DE EVALUACION DE LA PERCEPCION VISUAL

La Dra. Marianne Frostig al observar a través de su experiencia frecuentes limitaciones en los trabajos de percepción visual, decidió investigar al respecto, elaborando un método que aplicó primeramente a niños normales de diferentes -- edades antes de relacionar los trastornos de la percepción visual con los problemas de aprendizaje y adaptación escolar, lesión cerebral, etc.

Las cinco áreas de percepción visual evaluadas por - el método Frostig (no siendo las únicas habilidades pero si -- las más importantes) se desarrollan en forma relativamente independientes una de otra, debiendo existir una relación específica entre ellas y la capacidad del niño para aprender y adaptarse. Estas áreas son:

a) Area I : Coordinación visomotra.- Es la habilidad de coordinar la vista con movimientos del cuerpo, o con movi-- mientos de una parte del cuerpo con la vista.

b) Area II: Percepción Figura-Fondo.- Es la habilidad para destacar una figura o estímulo del campo perceptual.

c) Area III: Percepción de Constancia de Formas.- Es la habilidad para percibir un objeto que posee diferentes propiedades como figura, posición, tamaño, a pesar de la variabilidad de la impresión.

d) Area IV: Percepción de Posición en el Espacio.- Es

la habilidad para percibir la posición de los objetos en el -- espacio con relación al observador.

e) Area V: Percepción de Relaciones Espaciales.- Es la habilidad para percibir la relación dentro del espacio de 2 ó más objetos entre sí y la relación de éstos con uno mismo.

En 1958 se realizó el estudio preliminar, en 1959 se efectuó el estudio piloto basado en el estudio preliminar, sin embargo ésta primera revisión no fué aceptada y para 1960 se - vuelve a lo mismo introduciendo nuevos reactivos, nuevos métodos de puntuación y evaluación, el concepto de Cociente de Percepción (C.F.), edad perceptiva (E.P.).

Para los estudios de normalización de la prueba se - emplearon niños de prekindergarden y de escuelas públicas más avanzadas con niños que iban de 3 a 9 años, éstas escuelas fueron escogidas para obtener una muestra estratificada de los niños desde un punto de vista socioeconómico, y por la cooperación de las escuelas y de la cercanía de éstas al centro de investigación.

Las curvas normativas estraídas indican que el mayor desarrollo perceptivo en las áreas evaluadas se lleva a cabo - entre los 4 y los 7 años de edad; siendo menor el desarrollo - después de los 7 años y medio, cuando las funciones cognitivas inician su predominio.

En 1960 se efectuó un estudio de confiabilidad de -- pruebas repetidas en una muestra de 50 niños con problemas de

aprendizaje. El intervalo promedio entre las aplicaciones de las pruebas fué aproximadamente de 3 semanas. Las pruebas fueron aplicadas por el mismo psicólogo entrenado. Se encontró - un coeficiente producto momento de la confiabilidad de la prueba repetida de .98 tomando como base el Coeficiente de Percepción.

En 1961 se realizó otro estudio de confiabilidad, -- administrándose la prueba en forma repetida en 2 semanas de intervalo entre cada aplicación, a 2 grupos de 35 ñiños de primer año y 2 grupos de 37 niños de segundo año de primaria. -- Las pruebas fueron aplicadas por un psicólogo entrenado con experiencias en la prueba Frostig, el otro era un psicólogo en-- trenado pero no con experiencias en ésta prueba. En cada ocasión el examinador fue diferente para cada grupo, y también la prueba fué calificada por personal distinto.

El coeficiente de correlación producto momento para el Cociente de Percepción de la muestra total, fué de .80

En los estudios de confiabilidad de la prueba repetida, cuando la segunda aplicación se efectúa después de un intervalo prolongado, ó cuando existe un entrenamiento durante - éste intervalo, son bajos debido al rápido desarrollo de la -- percpeción visual, la cual parece estar fuertemente incluída - por la experiencia.

Respecto a la correlación encontrada entre los índi-

ces de adaptación elaborados por los maestros en el salón de - clase y las puntuaciones de la prueba Frostig, sugieren que -- los trastornos en la percepción visual en los primeros años -- escolares, se reflejan por alteraciones de la conducta en el - salón de clase.

En cuanto a los coeficientes de correlación entre el método Frostig y la prueba de Goodenough, estos fueron relativamente bajos (.235 en 111 niños de kindergarden un año más tarde .273), esto indica que las dos pruebas valoran factores relativamente diferentes, existiendo una cierta superposición entre ellas, sobre todo en el nivel más bajo de edad.

En las investigaciones entre los trastornos perceptuales y las deficiencias neurológicas, se ha encontrado una - gran correlación entre ellas. En un estudio hecho a 71 niños con problemas de aprendizaje, y un gran número de ellos con -- síntomas y signos neurológicos, demostró una mayor dispersión en las puntuaciones de las pruebas de edad equivalentes, que - en los niños normales, y sus puntuaciones totales fueron mas - bajas.

6. EL TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Se ha venido utilizando el dibujo de la figura para estudiar a los niños, sus objetivos varían en función de los - cuales se les administra.

1°El DFH (dibujo de la figura humana) puede ser -- utilizado como técnica proyectiva, entonces analiza los dibu-- jos buscando signos de necesidades inconscientes, conflictos, rasgos de personalidad.

2°O bien puede ser utilizado como test evolutivo de maduración mental.

Elizabeth M. Koppitz enfoca el DFH tomando en cuenta todos los aspectos y relacionándolos entre sí, realiza una investigación de los dibujos de la figura humana en niños de 5 a 12 años, y los analiza objetivamente en procura de signos y -- símbolos evolutivos y emocionales e interpretándolos clínicamente en cuanto a dinámica de la personalidad. La hipótesis básica de Koppitz es que los DFH reflejan el nivel evolutivo del niño y sus relaciones interpersonales, es decir, sus actitudes hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida. Se postula además, que pueden revelar también, las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas; los dibujos pueden reflejar también los miedos y ansiedades que afectan consciente o inconscientemente en un momento dado.

Los DFH reflejan el estadio actual de desarrollo mental y las actitudes y preocupaciones en un momento dado, todo lo cual cambiará con el tiempo debido a la maduración y la experiencia. El valor del DFH radica precisamente en su sensi--

bilidad para detectar los cambios en el niño, los cuales pueden ser evolutivos y/o emocionales. Es el retrato del niño interior en un momento dado.

El DFH de un niño muestra tanto una estructura básica como un cierto estilo peculiar de ese niño. La estructura del dibujo de un niño está determinada por su edad y nivel de maduración, mientras que el estilo refleja sus actitudes y las preocupaciones que son más importantes en ese momento para él.

El test puede ser aplicado individual ó colectivamente. Su análisis se hace en función de dos tipos diferentes de signos objetivos: 1) signos que se consideran primariamente relacionados con la edad y el nivel de maduración, llamados Items Evolutivos y 2) signos que se consideran primariamente relacionados con las actitudes y preocupaciones del niño, llamados Items Emocionales.

La interpretación clínica se basa en la propia experiencia de Koppitz y en algunas conclusiones de otros psicólogos clínicos.

La selección de los items evolutivos se basó en un estudio de los dibujos de 1856 niños de 5 a 12 años que asistían a escuelas primarias (de jardín de niños a 6°grado), verificándose la presencia de los items seleccionados.

El sistema de evaluación se correlacionaba significativamente con los puntajes obtenidos con el WISC y la escala

de Stanford-Binet (significativos al nivel de 0.01), por lo - que que se supone que éste sistema puede ser utilizado para evaluar el nivel general de madurez mental en los niños.

Los mismos 1856 protocolos de los niños utilizados para el estudio de los items evolutivos, fueron utilizados - para el de los items emocionales, seleccionándose únicamente los items que resultaron ser válidos como items emocionales.

Todos los indicadores emocionales son válidos para todos los niños de 5 a 12 años, a menos que expresamente se indique lo contrario.

Es importante hacer notar que en los protocolos de niños perturbados aparece un número significativamente mayor de indicadores emocionales que en los de los niños sin problemas emocionales. La presencia de un sólo indicador emocional no es concluyente para afirmar que existe perturbación emocional. Pero dos o más indicadores emocionales son altamente sugestivos de problemas emocionales o relaciones interpersonales insatisfactorias.

El DFH se ha venido utilizando para ver el rendimiento escolar de los niños que ingresan a la escuela, también para apoyar un diagnóstico de lesión cerebral.

7. EL TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA

Desde hace algún tiempo ha inquietado a psicólogos

y paidosiquiatras del mundo las dificultades que presentan los niños en su adaptación al medio ambiente familiar, ya que de - ahí se deriva gran parte de su problemática futura.

Para los psicoanalistas, así como para algunos psicó logos, los primeros años de vida de un niño son esenciales ya que dejan huella y marcan su personalidad; de ahí la importancia que se brinda a esos primeros años que generalmente transcurren dentro de la casa, de la familia , por eso es necesario investigar la dinámica familiar cuando se quiere conocer a que se debe o pudo deber tal o cual problema. Debemos penetrar en lo más profundo del niño, conocer como piensa, qué siente, conocer su inconsciente y la forma como enfrenta sus problemas.

Se ha visto que el dibujo es un medio de expresión - libre, a través del cual el niño proyecta hacia el exterior todas sus vivencias, y tendencias reprimidas.

El test del dibujo de la familia es un test de la -- personalidad para cuya interpretación se utilizan las leyes de la proyección. Al niño se le pide que imagine una familia que el inventa y que la dibuje, posteriormente se le hacen una serie de preguntas con respecto a lo que el niño dibujó.

La interpretación abarca por un lado una forma que - a su vez considera: a) trazos aislados y estructuras de conjunto; b) y por el otro el contenido. Por lo tanto se deben distinguir 3 planos.

I.- El plano gráfico.

II.- El plano de las estructuras formales.

III.- El plano del contenido.

I.- Plano gráfico:- Para la interpretación del plano gráfico utilizamos las reglas generales de la grafología.

II.- Plano de las estructuras formales:- El dibujo del monigote se basa en el concepto del propio esquema corporal, que se va construyendo con el adelanto de la edad. El grado de perfección del dibujo nos permite medir su grado de desarrollo, pero el dibujo hecho no depende únicamente de su inteligencia, se ven también involucrados factores afectivos y el equilibrio de la personalidad entera.

En el dibujo de la familia nos interesa el grupo de personas representadas, las relaciones entre ellas y el marco en el cual se mueven, todo esto de acuerdo a su estructura formal, estos elementos también forman parte del contenido.

III.- Plano del contenido.- El análisis interpretativo de la familia se ve facilitado ya que si bien se le da libertad ésta es relativa ya que se le dan órdenes e instrucciones precisas. El sujeto es esencialmente activo ya que nada se le impone, puede hacer lo que él quiera, crea el dibujo por sí mismo, representa la situación a su modo, a su deseo. El crear le permite dominarla situación a su gusto, se liberará de aquello que lo angustia y presiona, de ahí que no es raro -

ver deformaciones que pueden ser simples alteraciones, hasta - llegar a la negación completa.

Respecto a la interpretación clínica debemos preguntarnos a que nivel está actuando la proyección, para lo cual - deberá primero interpretar el plano superficial valiéndose de la comparación del dibujo con la composición real de la fami-- lia.

Debemos recordar sin embargo, que un test proyectivo solamente da probabilidades y que es necesario reafirmar las hipótesis planteadas utilizando otras formas, en este caso podemos: 1° valernos del método de convergencias de indicios, a-- plicando otras pruebas de personalidad que nos permitan aumentar la probabilidad para acercarnos más a la certeza, 2° referirnos a la clínica constantemente. Aquí debemos tener cuidado ya que las mismas tendencias se pueden observar en sujetos adaptados y en los inadaptados.

Para finalizar cabe mencionar que lo que nosotros observamos no son los propios conflictos, sino su repercusión en la personalidad exterior del niño, en su caracter, en su con-- ducta, su humor y su rendimiento escolar, no son tendencias - constantes ya que ha sido aplicado el test en un momento y una situación dados. Es necesario la revalorización con la misma prueba después de un período de tiempo, y la ayuda de otras técnicas para aumentar las probabilidades de convergencias de - indicios.

CAPITULO TERCERO

METODO

1. SUJETOS

La muestra fué seleccionada al azahar, los 30 primeros niños que acudieron a solicitar ingreso a dicha escuela durante el ciclo escolar 78-79. Su edad abarcaba de los 6 años, 5 meses a los 11 años, 8 meses; de los cuales 8 fueron mujeres y 22 hombres.

En lo que respecta a las características de la muestra cabe mencionar que todos estos niños presentaban problemas dentro del salón de clase, refiriéndose a ellos como: todo el tiempo está distraído, es muy inquieto, no sabe hablar, no aprende a leer y escribir, no se le queda nada, se le olvida todo, etc. Además la mayoría de estos niños provienen de hogares desorganizados; desintegrados por fallecimiento de alguno de los padres, separaciones ó más frecuentemente por abandono del padre; formación de nuevos hogares a causa de la separación fincándose sobre bases débiles y en los que en general los hijos existentes no son bien recibidos y a veces hasta maltratados. El nivel socio-cultural es bajo.

2. ESCENARIO

La escuela en la que se llevó a cabo el estudio, es la escuela de Educación Especial N° 14, turno matutino, corres

pondiente al Hospital Infantil de México, que se encuentra ubicada en la calle de Dr. Márquez N° 162. Col. Doctores.

3. MATERIAL.

A cada uno de los 30 niños le fué aplicada una batería de pruebas formada por: la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet ó la Escala de Inteligencia Infantil de Wechsler Revisada, el test Guestáltico Visomotor (Bender), el test de Evaluación de la Percepción Visual (Frostig), el test del Dibujo de la Figura Humana (DFH), y el test de la Familia.

4. PROCEDIMIENTO DE APLICACION.

La batería fué aplicada en 2 sesiones cuya duración dependía de la rapidez con que el sujeto trabajaba, obteniendo un promedio de 45' a 60'por sesión. En la primera sesión se aplicaba la prueba de inteligencia de Stanford-Binet ó la de WISC-R (únicamente 4 niños fueron evaluados con el WISC-R debido a que el psicólogo examinador encontró que más frecuentemente los niños con estos tipos de problemas responden a la Stanford-Binet y no al WISC-R); la segunda sesión se iniciaba con el Bender, y se continuaba con el test del Dibujo de la Figura Humana, el test de la Familia y finalmente Frostig. El psicólogo examinador y calificador fué el mismo para los 30 sujetos.

5. PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.

Los datos recolectados se refieren a: el C.I., la --- edad cronológica, la edad mental (E.M.) obtenida en la Stanford -Binet, las edades correspondientes a cada uno de los subtests del WISC-R, el nivel de maduración en Bender, y las edades equivalentes para las cinco áreas del Frostig de cada uno de los 30 sujetos.

Estos datos fueron tabulados en 2 cuadros (a excep--- ción del C.I.), uno para los 26 sujetos que fueron examinados - con la Stanford-Binet (ver cuadro N° 1), y el segundo para los 4 sujetos que fueron examinados con el WISC-R (ver cuadro N°2).

Los cuadros fueron ordenados de acuerdo a la edad cronológica en forma creciente, existiendo un rango entre ellos de 5 años, 3 meses.

De los datos obtenidos en los 30 casos se procedió -- a sacar la media para cada uno de los aspectos analizados, con el objeto de ver cual era el rendimiento promedio de esta muestra. Los promedios fueron graficados, resultándonos gráficas promedio de perfil psicológico general (ver gráfica N° 1 y N°2).

Para determinar cada uno de los indicadores promedio se procedió de la siguiente manera:

1.- Se convierten todas las edades a edad en meses.

2.- Se suman las edades convertidas a meses del total de los 26 y los 4 casos respectivamente.

3.- Se divide el último resultado entre los 26 y los 4 casos respectivamente, resultándonos edades pro medio en meses.

4.- Se convierten las edades promedio de meses a años.

CAPITULO CUARTO

RESULTADOS

Los datos obtenidos se muestran a manera de cuadros, mismos que han sido graficados obteniéndose gráficas promedio generales.

La evaluación psicológica de nuestro estudio no estuvo basada únicamente en la prueba de inteligencia y la prueba de evaluación de la percepción visual, incluyó también como ya se había mencionado antes, pruebas proyectivas, por lo que se han sistetizado los hallazgos encontrados en éstas y en la entrevista realizada en cada caso correspondiente.

Nº DE CASO	EC	EM TERMAN MERRILL	EM GOODENOUGH	NM BENDER	I	II	III	IV	V
1	6-5	4-8	4-9	4-5	4-6	2-6	3-6	2-6	4-9
2	6-7	5-8	7-3	5-1	8-6	6-8	6-9	5-0	7-6
3	6-7	6-2	5-6	4-9	5-0	3-3	4-0	4-9	5-6
4	6-8	4-8	5-0	4-1	4-9	3-6	3-0	3-3	4-0
5	7-1	7-10	7-0	5-3	7-3	5-0	5-6	5-6	5-6
6	7-6	3-10	3-10	4-0	3-0	3-0	2-6	4-0	4-0
7	7-6	5-8	7-6	6-5	5-0	6-6	2-6	4-0	6-6
8	7-11	5-4	6-3	5-1	8-6	4-9	4-0	4-0	5-0
9	8-2	6-2	6-4	5-8	7-0	4-6	6-9	4-0	5-0
10	8-2	6-8	6-3	4-9	4-6	3-0	6-0	3-3	4-9
11	8-2	4-4	4-9	4-9	4-9	2-6	3-0	2-6	4-0
12	8-3	5-8	7-0	5-3	7-9	5-6	4-0	4-9	7-6
13	8-4	5-10	6-3	5-1	6-3	4-0	5-0	3-3	4-0
14	8-5	5-6	5-6	4-0	7-9	5-3	2-6	2-6	4-9
15	8-7	5-2	4-6	4-1	5-9	4-3	4-0	3-3	4-0
16	8-11	6-8	6-10	5-3	5-9	4-6	5-0	5-0	6-0
17	9-0	6-2	6-9	4-7	5-9	4-9	5-0	6-3	6-0
18	9-2	8-10	7-6	6-11	8-6	6-0	6-3	7-0	8-3
19	9-4	6-0	5-6	5-3	6-9	5-6	5-0	4-0	6-0
20	9-4	6-8	6-6	5-3	7-3	5-6	5-6	5-0	6-6
21	9-5	5-10	8-9	5-8	8-6	7-0	6-9	4-9	7-6
22	9-7	5-8	6-6	5-6	7-0	3-6	4-0	5-0	4-9
23	10-5	7-4	7-3	5-8	6-9	6-6	7-6	5-6	7-6
24	10-6	6-4	7-0	6-5	8-6	8-3	7-0	7-0	8-3
25	10-8	6-4	7-11	5-3	6-3	6-0	7-0	5-0	5-6
26	11-8	7-6	7-0	5-8	7-3	5-3	6-3	5-0	8-3

Cuadro Nº1 .- Tabla de datos obtenidos en los 26 sujetos de la muestra, evaluados con la Stanford-Binet (Rev. 1972), ordenados de acuerdo a la edad cronológica en forma creciente.

EC.- Edad Cronológica.
EM.- Edad Mental.
NM.- Nivel de Maduración.
I .- Coordinación Motora.
II.- Discernimiento de Figuras.
III.- Constancia de Formas.
IV.- Posición en el Espacio.
V .- Relaciones Espaciales.

	EC	EM TERMAN MERRILL	EM GOODENOUGH	NM DER	BEN I	II	FROSTIG III	IV	V
TOTAL DE EDADES EN MESES	2668	1716	1910	1608	2022	1515	1539	1392	1815
EDAD PROMEDIO EN MESES	102.6	66.0	73.4	61.8	77.7	58.2	59.1	53.5	69.8
EDAD PROM. EN MESES ENTEROS	103.0	66.0	73.0	62.0	78.0	58.0	59.0	54.0	70.0
EDAD PROM. EN MESES Y AÑOS	8-7	5-6	6-1	5-2	6-6	4-10	4-11	4-6	5-10

Cont.
Cuadro. N° I.- Promedios de los datos tabulados.

N° DE CASO	EC	INFORMACION	COMPRENSION	ARITMETICA	ANALOGIAS	VOCABULARIO	R. DIGITOS	F. INCOMPLETAS	O. DIBUJOS	D. CUBOS	C. OBJETOS	CLAVES	LABERINTOS	I	II	III	IV	V	NM BENDER
1	8-4	6-2	6-6	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-10	6-6	6-2	7-3	6-6	6-0	4-9	7-6	5-5
2	9-0	6-2	6-2	6-2	6-2	7-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	7-9	8-3	6-9	5-6	6-0	4-7
3	9-7	6-6	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-2	6-10	6-2	6-2	6-2	5-0	5-9	7-0	4-9	6-6	5-3
4	10-2	6-6	8-6	6-6	7-10	6-10	6-2	6-2	6-2	7-2	6-2	6-10	6-10	7-0	4-9	6-3	6-3	6-6	5-8
TOTAL DE EDADES EN MESES	445	304	328	300	316	316	296	296	296	316	304	308	304	324	303	312	255	318	251
EDAD PROMEDIO EN MESES	111.2	76.0	82.0	75.0	79.0	79.0	74.0	74.0	74.0	79.0	76.0	77.0	76.0	81.0	75.7	78.0	63.7	79.5	62.7
EDAD PROM. EN MESES ENTEROS	111.0	76.0	82.0	75.0	79.0	79.0	74.0	74.0	74.0	79.0	76.0	77.0	76.0	81.0	76.0	78.0	64.0	80.0	63.0
EDAD PROM. EN MESES Y AÑOS	9-3	6-4	6-10	6-3	6-7	6-7	6-2	6-2	6-2	6-7	6-4	6-5	6-4	6-9	6-4	6-6	5-4	6-8	5-3

EC .- Edad Cronológica
I .- Coordinación Motora.
II .- Discernimiento de Figuras
III .- Constancia de Formas.
IV .- Posición en el Espacio.
V .- Relaciones Espaciales.
NM.- Nivel de Maduración.

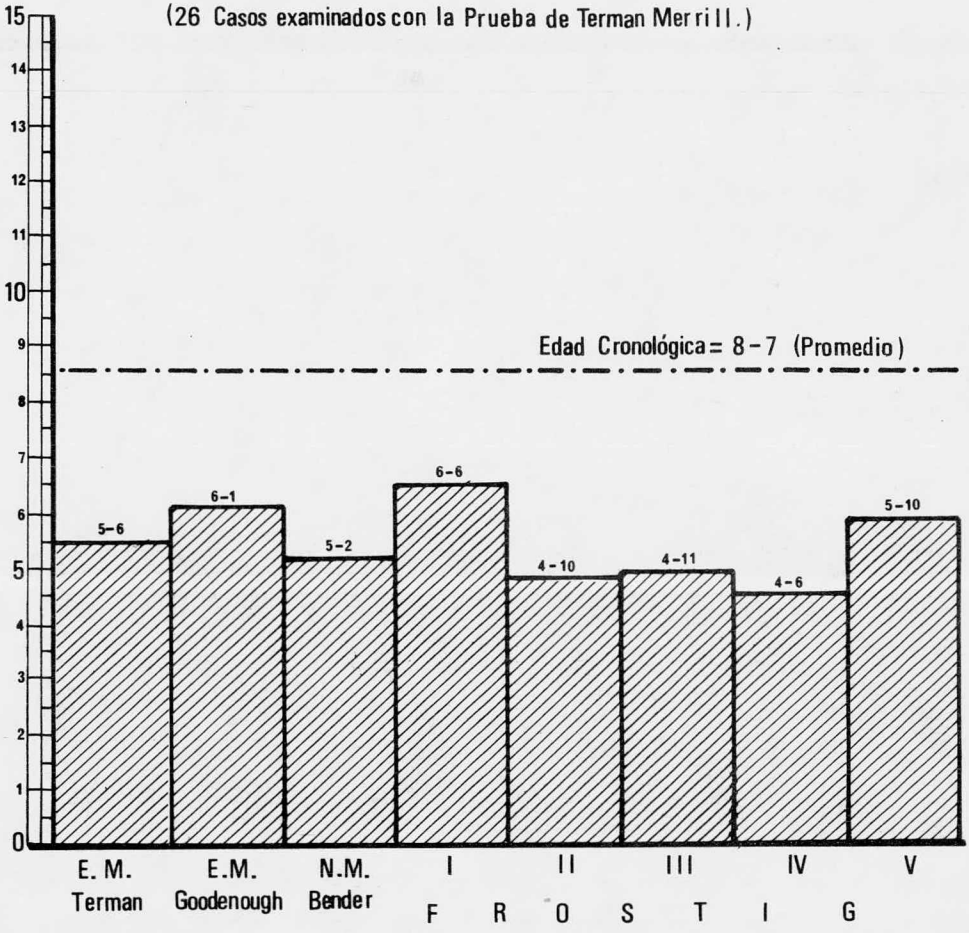
Cuadro N° 2 .- Tabla de datos obtenidos en los 4 sujetos de la muestra, evaluados con la WISC-R, ordenados de acuerdo a la edad cronológica en forma creciente.

N° DE CASO	C.I.	N° DE CASO	C.I.
1	48	16	67
2	52	17	68
3	54	18	68
4	58	19	70
5	58	20	70
6	60	21	70
7	60	22	70
8	61	23	71
9	61	24	72
10	63	25	72
11	63	26	72
12	64	27	80
13	66	28	88
14	66	29	92
15	67	30	106

Cuadro N° 3.- Cociente Intelectual (C.I.) obtenido por los 30 niños de la muestra, en orden progresivo, co--- rrespondiendo el número 3, 6, 17 y 19 a WISC - R y los restantes a la Stanford - Binet.

PERFIL PSICOLOGICO PROMEDIO

(26 Casos examinados con la Prueba de Terman Merrill.)

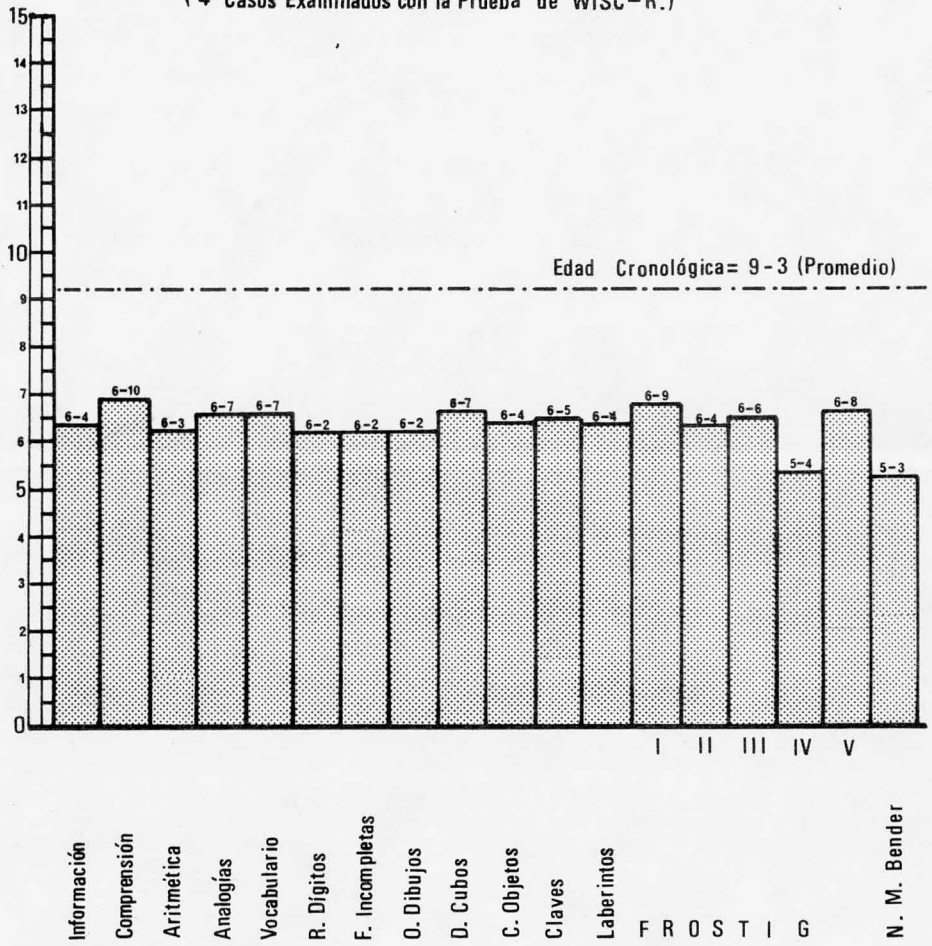


EM.-Edad Mental.
NM.-Nivel de Maduración.
I.- Coordinación Motora.
II.-Discernimiento de Figuras.
III.- Constancia de Formas.
IV.- Posición en el Espacio.
V.- Relaciones Espaciales.

Gráfica N= 1.

PERFIL PSICOLOGICO PROMEDIO

(4 Casos Examinados con la Prueba de WISC-R.)



NM.- Nivel de Maduración.
I.- Coordinación Motora.
II.- Discernimiento de Figuras
III.- Constancia de Formas.
IV.- Posición en el Espacio.
V.- Relaciones Espaciales.

Gráfica N= 2

Características Familiares	Porcentaje	Número de Niños
Familias:		
Organizada	16.66 %	5
Aparentemente Organizada	43.33 %	13
Desorganizada	40.00 %	12
Nivel Socio-Cultural:		
Bajo	80.00 %	24
Medio	20.00 %	6
Integración:		
Integrada ó Completa	63.33 %	19
Desintegrada ó Incompleta	36.66 %	11
Niño:		
Aceptado	33.33 %	10
Rechazado	66.66 %	20
Padre Alcoholico:	26.66 %	8

Cuadro N°4.- Porcentaje de Características Familiares Sobresalientes

CASO 1

José Manuel de 6 años, 5 meses de edad cronológica fué canalizado por el Hosp. Infantil de México por presentar problemas de lenguaje y de aprendizaje.

Pertenece a una familia integrada, organizada, de nivel socio-cultural bajo formada por los padres y 4 hijos, ocupando José Manuel el tercer lugar en orden descendente. Sus primeros cinco años los vivió con una tía.

Inició marcha y lenguaje tardíamente. En la actualidad su lenguaje es muy deficiente por lo que utiliza también comunicación gestual. La madre lo describe como un niño poco cariñoso, quieto y no agresivo.

En el Terman-Merrill obtuvo un C.I. de 68, con un rendimiento de "Deficiencia Mental Bien Definida". Se observaron signos de lesión cerebral, mismos que han sido confirmados por estudio médico.

José Manuel es un niño tímido, con dificultad para relacionarse, con un pobre concepto de sí mismo, y que no se encuentra adaptado a su familia. Pedagógicamente no ha respondido de acuerdo a la capacidad intelectual exhibida.

CASO 2

Angélica de 6 años de edad cronológica canalizada por escuela primaria en la que cursaba el primer año, fué enviada por

presentar problemas de escritura y por exhibir conducta agresiva.

Nacida de madre soltera y abandonada por la madre en manos de los abuelos al mes de nacida, volviendo cuando la niña contaba ya con un año de edad, pero continuando sin ocuparse de ella, y desapareciendo de la casa por temporadas. La Sra. tuvo otro hijo con otro Sr. y actualmente anda con otro Sr. ya casado. El nivel socio-cultural de la familia es bajo.

Inició marcha y lenguaje a tiempo, su coordinación visomotora es buena. La abuelita la describe de caracter fuerte, berrinchuda, y de estado de ánimo variable.

Su rendimiento intelectual se sitúa por debajo del promedio, obteniendo un C.I. de 80 en el Terman-Merrill y una edad mental de 5 años, 8 meses. Existen datos para sospechar de organicidad, pero aún no se a efectuando estudio médico.

Angélica es una niña con inestabilidad emocional, tímida y agresiva. Su pronóstico es bueno, pedagógicamente puede rendir más siempre y cuando se le de ayuda especializada y su situación familiar mejore .

CASO 3

Nestor de 6 años, 7 meses de edad cronológica con una historia escolar de 1 año, 3 meses en Kinder, 1 año en preprimaria y 1 mes en primer año, fué canalizado por la escuela primaria a la que asistía por presentar hiperquinesia, agresividad,

y no hacer nada.

Pertenece a una familia integrada, aparentemente organizada, formada por los padres y dos hijos siendo Nestor el mayor de ellos. El niño no era deseado por los padres ya que fué concebido antes del matrimonio con lo que el Sr. se sintió presionado a casarse. Con amenaza de aborto a los 3 meses de embarazada la madre, de padre alcóholico, y con un nivel socio-cultural bajo.

Inició marcha y lenguaje a tiempo, pero el desarrollo de su lenguaje fué deficiente, presentando actualmente problemas de lenguaje.

La madre lo describe como un niño latoso, desobediente, gritón que todo el día está comiendo fruta. Al padre le tiene miedo. Su sueño es intraquilo. Tiende a masturbarse frecuentemente.

Con un nivel intelectual inferior al término medio, obtuvo un C.I. de 88 en Terman-Merrill y una edad mental de 6 años, 2 meses. Se encontraron datos de organicidad, que han sido confirmados por Diagnóstico médico.

Néstor es un niño que se siente amenazado (es rechazado por los padres desde su concepción), es hiperquinético, impulsivo y con tendencia a la conducta acting out. Presenta una inestabilidad general.

Su rendimiento escolar no va de acuerdo a la capacidad intelectual exhibida, es necesario controlar la hiperquinesia -

y fijar más su atención para obtener mejores resultados. Es recomendable también terapia familiar.

CASO 4

Alfredo de 6 años, 8 meses de edad cronológica es enviado a escuela especial por la escuela primaria en la que cursa su primer año por no rendir nada.

Pertenece a una familia numerosa, formada por los padres y 12 hijos ocupando Alfredo el último lugar (y ya no deseado por los padres), aparentemente organizada, de nivel socio-cultural bajo.

Inició marcha y lenguaje tardíamente. Actualmente presenta problema de lenguaje. Sus movimientos son ligeramente -- torpes para su edad. La madre lo describe como un niño inquieto, peleonero, cariñoso e inestable.

Obtuvo un C.I. de 70 en Terman-Merrill y una edad mental de 4 años 8 meses, con un rendimiento intelectual de debilidad mental leve. Se encontraron datos de organicidad pero no - ha sido practicado estudio médico que los confirmen.

Se concluyó que Alfredo es un niño inseguro, inmaduro, con un pobre planteamiento y tendencia al retraimiento, rechazado por los padres por lo que se encuentra muy ligado a una de - sus hermanas.

Su rendimiento pedagógico es inferior a las capacidades exhibidas por el niño. Es recomendable terapia de lenguaje

y orientación a los padres.

CASO 5

Fernando de 7 años, 1 mes de edad cronológica fué canalizado a escuela especial por que hace aproximadamente 2 años y medio el niño comenzó a presentar problema para relacionarse y a encerrarse en sí mismo, coincidiendo con una baja en su rendimiento escolar.

Pertenece a una familia desintegrada por el divorcio de los padres, aparentemente organizada, de nivel socio-cultural medio, formada por la madre y 2 hijos, siendo Fernando el mayor de ellos, y viviendo con la madre de la Sra. quien es la que en realidad se ocupa de los niños.

Inició marcha y lenguaje a tiempo. La madre lo describe como un niño muy cariñoso y posesivo con ella. Desobediente con los demás.

Con un rendimiento intelectual a nivel de Inteligencia Normal ó Promedio, obtuvo un C.I. de 106 en Terman-Merrill y una edad mental de 7 años, 10 meses. No se encontraron datos significativos de lesión cerebral.

Concluímos que Fernando es un niño de inteligencia -- Normal con problema emocional causado por el divorcio de los padres y la falta de atención de la madre hacia el niño, que han provocado una tendencia a encerrarse en sí mismo ocasionando una

inadecuada relación social y falta de integración da los diferentes grupos sociales, asi como una baja en su rendimiento escolar.

Es recomendable orientar a la madre, y brindar psicoterapia al niño.

Caso 6

Alejandra de 7 años, 6 meses de edad cronológica fué - enviada a escuela especial por que pedagógicamente no rinde nada.

Pertenece a una familia integrada, aparentemente organizada, de nivel socio-cultural medio; formada por los padres y- 3 hijos, ocupando Alejandra el segundo lugar.

De padre alcohólico, y padres que a pesar de que la niña ha sido diagnosticada como deficiente mental y con daño orgánico cerebral, no aceptan la idea y según ellos la niña no tiene nada, es algo pasajero.

Inició marcha a tiempo, pero lenguaje tardíamente, presentando en la actualidad problema de lenguaje, La madre la describe como una niña agresiva, y brusca en sus realciones; es buena y obediente cuando quiere. Es rezongona y no egoísta.

Obtuvo un C.I. de 48 en Terman-Merrill y una edad mental de 3 años 10 meses, Con un rendimiento intelectual de imbecilidad. Se encontraron datos de organicidad los cuales de antemano ya están confirmados por estudio médico.

Alejandra es una niña inmadura, con una pobre integración de la personalidad y de conducta perseverante. Su pronóstico no es bueno ya que la niña exhibe una capacidad intelectual -

baja, y la familia no le ayuda.

Caso 7

El Hosp. Psiquiátrico Infantil canalizó a Oscar de 7 años, 6 meses de edad cronológica por presentar problemas dentro del salón de clase, aparte de no rendir, no se integraba - al grupo y exhibía conductas agresivas, mismo problema que presentó en los dos años que estuvo en Kinder,

Pertenece a una familia integrada, desorganizada por el alcoholismo del padre. La familia se encuentra formada por- los padres y 7 hijos, ocupando Oscar el último lugar y no siendo deseado por la madre. El nivel socio-cultural es bajo.

Inició marcha y lenguaje a tiempo, actualmente presenta problema de lenguaje ya que su desarrollo en esa area no ha sido adecuada. La madre lo describe como un niño solitario- cariñoso, que se masturba frecuentemente, y que no sabe llorar ya que no le salen lágrimas.

En el Terman-Merrill obtuvo un C.I. de 71 y una edad mental de 5 años, 8 meses. Con un rendimiento intelectual de - debilidad mental leve, y datos de daño orgánico que han sido - confirmados por estudio médico.

El niño presenta una gran tendencia al retraimiento- (evadiéndose por momentos de la realidad), y con dificultad para relacionarse. Es un niño solitario e impulsivo que tiende a la conducta acting out.

Su rendimiento pedagógico no es estable, rinde en los momentos en que uno se puede comunicar con él, pero la mayoría- de las veces se encuentra fantaseando. Con ayuda psiquiátrica - es posible que pueda obtenerse mejores resultados.

Caso 8

David de 7 años, 11 meses de edad cronólogica fué canalizado por una Clínica del IMSS por ser repetidor de primer - año sin ningún adelanto escolar.

Pertenece a una familia numerosa, integrada, aparentemente organizada, de nivel socio-cultural bajo, formada por los padres y 10 hijos, ocupando David el 6°lugar en orden descendente. Fué un niño no deseado por los padres.

Inició marcha y lenguaje tardíamente. La madre lo describe como un niño no cariñoso pero que siempre está de buen humor.

Con un rendimiento intelectual de Debilidad Mental -- Bien Definida, obtuvo un C.I. de 64 en Terman-Merrill y una - - edad mental de 5 años, 4 meses. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral que han sido corroborados por diagnóstico médico.

David es un niño que se siente inadecuado intelec- - tualmente, algo tímido y con dificultad para relacionarse. Su - rendimiento pedagógico es inferior al que correspondería según - la capacidad intelectual exhibida.

Caso 9

Fernando de 8 años, 2 meses de edad cronólogica y con una historia escolar de 2 años en kinder, 1 año en primero de - primaria, con problemas de aprendizaje, atención dispersa, hi-- perquinético y conductas agresivas, solicita ingreso a escuela- especial.

Fernando pertenece a una familia desintegrada y desorganizada, formada por la madre y dos hijos ocupando Fernando el segundo lugar, y siendo medios hermanos, ya que la Sra. se ha - relacionado con dos diferentes señores teniendo con cada uno de ellos un hijo. Actualmente mantiene relaciones con otro Sr.El nivel socio-cultural es bajo.

Los niños son cuidados por una tía ya que según la -- Sra. debido a su trabajo ella no puede ocuparse de ellos.

Inició marcha y lenguaje a tiempo. La madre lo describe como un niño cariñoso, y a su vez muy agresivo.

En el Terman-Merrill obtuvo un C.I. de 72 y una edad- mental de 6 años, 2 meses, situándose su rendimiento intelec- - tual a nivel de Debilidad Mental Leve. Se encontraron datos significativos de daño orgánico, mismos que han sido confirmados - por estudio médico.

Se concluye que Fernando a pesar de tener posibilidades de mejorar no ha podido hacerlo dadas las circunstancias -- del ambiente familiar en que se desarrolla y que no son nada -- favorables. Presenta serios problemas emocionales reflejándose-

en una conducta inestable. Se encuentra confundido con la situación familiar y el papel que la madre juega en ella, hacia quien manifiesta sentimientos ambivalentes. Se siente inseguro y ansioso, es impulsivo y explosivo, con una gran tendencia a la conducta acting out y a la agresividad.

Se recomienda orientar a la madre y psicoterapia al -- niño.

Caso 10

Salvador de 8 años de edad cronológica, diagnosticado- desde los 6 meses de edad como Epiléptico de padre y hermano también Epiléticos. Sin escolaridad, ya que asistió a kinder y a -- primer año únicamente por unos días ya que el niño era regresado a su casa por presentar conducta deambulatoria y no hacer nada.

Es el primer hijo del segundo matrimonio de la madre,- quien anteriormente había tenido una niña de su primer matrimo-- nio. La familia se encuentra formada por los padres y 2 hijos y- una media hermana, se trata de una familia integrada, aparente-- mente organizada, de padre alcóholico.

Inició marcha tardíamente, siendo sus movimientos torpes para su edad en la actualidad. Su lenguaje lo inició a tiempo. La madre lo describe como un niño tranquilo, noble y platicador, cuya concepción no fue deseada por el padre.

Salvador alcanzó una edad mental de 6 años, 8 meses -- en Terman-Merrill y un C.I. de 72. Con un rendimiento intelec- - tual a nivel de Debilidad Mental Leve.

Se concluye un Salvador es un niño inadecuado intelectualmente, inestable, con tendencia a la conducta acting out. - Pedagógicamente puede rendir siempre y cuando continue con educación especial y la situación familiar sea más adecuada.

Caso 11

Socorro de 9 años de edad cronológica fué enviada a - escuela especial por presentar problemas de lenguaje y retraso-mental debido a hipoxia neonatal.

Proviene de una familia integrada, formada por los - padres y 8 hijos, ocupando Socorro el último lugar. Se trata -- de una familia desorganizada por existir conflicto entre los -- esposos. De nivel socio-cultural bajo y padre alcóholico.

Fué una niña no deseada por la madre desde la concepción, continuando actualmente ese rechazo al grado de ser una - de las hermanas la que se ocupa de la niña, siendo la hermana - la que se presenta a solicitar inscripción para la niña, y la que también se presenta a entrevista a pesar de habérsele mandado - un citatotrio a la madre.

Inició marcha y lenguaje tardíamente. Actualmente presenta problema de lenguaje. La hermana la describe como una niña solitaria, callada, obediente pero que se le tienen que repetir las cosas para que lo haga.

En el Terman-Merrill obtuvo un C.I. de 52 y una edad-mental de 4 años, 4 meses. Con un rendimiento intelectual de De

ficiencia Mental Definida; se encontraron datos significativos de lesión cerebral que han sido confirmados por estudio médico.

Concluímos que Socorro es una niña rechazada por la -- madre desde la concepción y que ha relegado el cuidado de la niña en una de las hijas. La menor se muestra insegura, tímida, inmadura, pasiva con dificultad para relacionarse. Su comprensión es baja.

Su pronóstico no es bueno ya que la niña no rinde nada en la escuela y su situación familiar tampoco es adecuada.

Caso 12

Alvaro de 8 años, 3 meses de edad cronológica fue en-- viado a escuela especial por la primaria a la que asistía a primer año por presentar problemas de aprendizaje y lenguaje. No -- asistió a kinder.

Pertenece a una familia integrada, desorganizada por- el alcoholismo del padre, formada por los padres y 5 hijos, ocupando Alvaro el cuarto lugar en orden descendente. De nivel -- socio-cultural bajo.

Fué un niño no deseado por los padres que inició mar-- cha y lenguaje tardíamente. En la actualidad presenta problema - de lenguaje, y sus movimientos son ligeramente torpes para su edad.

La madre lo describe como un niño solitario, berrinchudo, peleonero, enojón y agresivo.

Con un rendimiento intelectual de Deficiencia Mental-Bien Definida, obtuvo un C.I. de 66 en Terman-Merrill y una -- edad mental de 5 años. 8 meses. Se encontraron signos significativos de daño orgánico cerebral, que han sido confirmados por - estudio-médico.

Se concluye que alvaro es un niño agresivo, impulsivo, con dificultad para relacionarse, que por lo general anda solo. Existe un posible sentimiento de inadecuación, Necesita de afecto.

El niño no ha rendido de acuerdo a las capacidades - - que exhibe debido posiblemente a la negatividad de su situación familiar.

Caso 13

Juan Carlos de 8 años, 4 meses de edad cronológica -- fué canalizado por el Hosp. Infantil de México por no rendir -- en la escuela primaria en la que cursaba su primer año de primaria.

Pertenece a una familia integrada, desorganizada, con graves problemas entre la pareja debido al alcoholismo del Sr., La familia se encuentra formada por los padres y 4 hijos, ocupando Juan Carlos el primer lugar, y siendo rechazado por el padre.

Inició lenguaje a tiempo, pero la marcha la inició -- tardíamente. Físicamente no se ha desarrollado como debiera ya-que su talla corresponde a la de un niño de 4 ó 5 años. La ma--

dre lo describe como un niño quieto, bueno y muy cariñoso, pero que cuando se enoja es muy agresivo.

Con un rendimiento intelectual de Deficiencia Mental Bien Definida, obtuvo un C.I. de 67 en Terman-Merrill y una -- edad mental de 5 años, 10 meses. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral que han sido corroborados por estudio médico.

Juan Carlos es un niño que se siente inadecuado intelectual y físicamente, impulsivo y con tendencia a la conducta acting out. Pedagógicamente puede rendir más siempre y cuando su situación familiar mejore y se le ayude.

CASO 14

Claudia de 8 años, 5 meses de edad cronológica fué - enviada a escuela especial por presentar problemas de aprendizaje y falta de atención.

Pertenece a una familia desintegrada por la separa-- ción de los padres desde que ella tenía un año de edad, quedando la madre y dos hijas siendo Claudia la menor de ellas.

Inició lenguaje y marcha tardíamente. Su problema - de retraso fué detectado hasta que ingresó a la primaria, no - cuenta con diganóstico médico. Presenta problema de lenguaje.

La madre la describe como una niña muy berrinchuda y caprichuda, con movimientos torpes, y que se masturba por -- las noches estando en la cama.

Con un C.I. de 63 y una edad mental de 5 años, 6 meses en Terman-Merrill, su rendimiento intelectual se sitúa a nivel de Deficiencia Mental Bien Definida. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral, pero aún no se le ha practicado estudio médico que los confirmen.

Del estudio realizado se desprende que Claudia, es una niña con problemas emocionales, manifestando además una gran curiosidad en el area sexual. Tanto la madre como la niña deberán ser orientadas. Se recomienda también su asistencia a terapia de lenguaje.

CASO 15

Iván de 8 años, 7 meses de edad cronológica fué canalizado por el Instituto de la Comunicación Humana por presentar problema severo de lenguaje y deficiencia mental causada posiblemente por hipoxia neonatal.

Pertenecea a una familia desintegrada por la separación de los padres, quienes antes de casarse vivieron por dos años en unión libre. Tuvieron dos hijos ocupando Iván el segundo lugar. La Sra. y sus hijos se fueron a vivir a casa de su madre, quien en realidad se ocupa de Iván, ya que la madre no tiene tiempo para sus hijos. El nivle socio-cultural de la familia es medio.

Inició lenguaje a tiempo pero su desarrollo ha sido lento y deficiente, presentando actualmente problema de lengua

je severo. La marcha la inició tardíamente. La madre lo describe como un niño cariñoso, alegre, agresivo con algunos niños.

Con un rendimiento intelectual a nivel de Deficiencia Mental Bien Definida, obtuvo un C.I. de 58 en Terman-Merrill y una edad mental de 5 años, 2 meses. Se encontraron signos de organicidad, que no han sido conformados definitivamente por estudio médico.

Iván es un niño consentido y mimado que obtiene todo lo que quiere. Es berrinchudo e inseguro, inmaduro. Debido a su problema de lenguaje utiliza también comunicación gestual.

Pedagógicamente está funcionando por debajo de sus capacidades, debido posiblemente a que la familia no pone atención a las actividades escolares.

CASO 16

Enriqueta de 8 años, 11 meses de edad cronológica es canalizada a escuela especial por el DIF con un diagnóstico de Deficiencia Media debido a Encefalitis Viral, fué detectada debido a que la niña convulsionó en la escuela primaria a la que asistía, repitiéndose posteriormente las convulsiones con una frecuencia de 2 al mes.

Pertenece a una familia desintegrada por abandono del padre, aparentemente organizada, formada por la madre y 5 hijos, ocupando Enriqueta el 4° lugar en orden descendente y

siendo el primer niño producto de relación ocasional de la Sra. antes de casarse.

Inició marcha y lenguaje a tiempo. Cuenta con una -- historia escolar de 1 año en kinder, 2 años en primer año y sin terminar el 2° año ya que fué remitida a su casa por la escuela debido a que convulsionó en ella y no querían responsabilizarse.

La madre la describe como una niña rebelde y berrin-- chuda, poco cariñosa, y agresiva con la hermana mayor. Mismas - características que se han acentuado a partir de presentarse - la primera convulsión.

Con un rendimiento intelectual de Debilidad Mental Leve, obtuvo un C.I. de 72 en Terman-Merrill y una edad mental de 6 años, 8 meses. Se encontraron datos significativos de organicidad que han sido confirmados por estudio médico.

Enriqueta es una niña que se irrita fácilmente, un poco descuidada en su persona, y que se deprime con facilidad. Es rechazada por la madre de quien necesita amor y cuidados. Su pronóstico es bueno ya que en realidad en la primaria si estaba rindiendo y fué retirada de ella no por problemas de aprendizaje sino por la convulsión que presentó estando en ella.

Es recomendable orientar a la madre sobre la educa--- ción y el cuidado que necesita la niña y la importancia de permanecer bajo control médico.

CASO 17

Eduardo de 9 años de edad cronológica fué enviado por el Instituto de la Comunicación Humana por ser un niño repetidor de primer año sin lograr adelantos.

Pertenece a una familia integrada, organizada, de nivel socio-cultural medio, formada por los padres y 5 hijos,ocupando Eduardo el tercer lugarl. Fué niño rechazado por los padres desde su concepción, presentando la Sra. amenaza de aborto. De recién nacido pasó a vivir con su abuelita con la que duró 5 años, al cabo de los cuales regresó a su casa pero no ha podido integrarse a la familia.

Inició marcha y lenguaje tardíamente. Actualmente presenta problema de lenguaje. La madre lo describe como un niño al que le gusta estar solo, necio y caprichudo, no agresivo.

Obtuvo un C.I. de 67 en Terman-Merrill y una edad -- mental de 6 años, 2 meses. Con un rendimiento intelectual de - Debilidad Mental Bien Definida. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral que han sido corroborados por estudio médico.

Se concluye que Eduardo es un niño introvertido, con dificultad para relacionarse, es impulsivo. Pedagógicamente puede rendir más, pero es necesario lograr una adecuada integra--- ción del niño a su familia ya que continúa añorando a su abuelita.

CASO 18

Ernesto de 9 años, 2 meses de edad cronológica con -- una historia escolar de 1 año en primer año y repetidor de 2° año, con dificultades para la lecto-escritura, es enviado por - dicho motivo por la escuela primaria a la que asistía.

Pertenece a una familia integrada, desorganizada, de nivel sociocultural bajo, formada por los padres y 4 hijos ocupando Ernesto el 3er lugar en orden descendente. A pesar de -- que los esposos viven juntos no existe ninguna relación entre - ellos, estuvieron separados por algún tiempo y según el Sr. regresó únicamente por los hijos ya que su esposa no le interesa.

Inició marcha y lenguaje a tiempo. Ernesto presenció un accidente sufrido por el hermanito, volviéndose a partir de este momento protector con el hermano, no queriendo separarse - de él. La madre lo describe como un niño quieto, obediente y - respetuoso; es además cariñoso, reservado y de buen humor.

Obtuvo un C.I. de 92 en Terman-Merrill y una edad mental de 8 años, 10 meses. Su capacidad intelectual es normal, - sin embargo el niño no está rindiendo de acuerdo a ella, notándose sobre todo una baja escolar a partir de haber presenciado el accidente del hermano. En Bender encontramos signos de organicidad, no confirmados por otras pruebas, ni por estudio médico, de lo que concluímos que el niño tiene problema emocional - que está afectando su actuación escolar. Ernesto es un niño tímido y retraído, con un posible sentimiento de culpa.

CASO 19

Maricela de 9 años, 4 meses de edad cronológica fué - enviada por Grupos Integrados en donde permaneció un año escolar, argumentan la salida diciendo que no puede con ese plan y que corresponde a escuela especial.

Pertenece a una familia desintegrada por abandono de la madre desde que Maricela tenía 2 años de edad, desorganizada, de nivel socio-cultural bajo, formada por el padre y 4 hijos, - ocupando Maricela el último lugar. Dos de los niños se quedaron a vivir con el papá entre ellos Maricela, los otros dos pasaron a vivir con familiares. Tanto el Sr. como la Sra. formaron nuevas familias teniendo de ésta relación cada quien un hijo. Maricela vivió con su padre, hermano, madrastra y medio hermano por tres años, posteriormente la familia se desintegró y - el Sr. y sus dos hijos fueron a vivir con una hermana del Sr. quien actualmente se ocupa de los niños.

Inició marcha y lenguaje tardíamente, actualmente utiliza aparato en la pierna izquierda. El padre la describe como una niña normal, su problema es que a veces quiere hacer las cosas y otras no.

En Terman-Merrill obtuvo un C.I. de 63 y una edad mental de 6 años. Su capacidad intelectual se encuentra a nivel de Debilidad Mental Bien Definida. Se observaron datos de organicidad, pero aún no se le practica estudio médico.

Se concluye que se trata de una niña consentida, inma

dura, impulsiva y con una gran necesidad de afecto, afecto que busca constantemente en el personal de la escuela. Pedagógicamente va progresando aunque muy lentamente.

CASO 20

Arturo de 9 años, 4 meses de edad cronológica con una historia escolar de 5 años en guardería, 4 años en primer año, y no terminando el 2° año de donde es enviado por no rendir en el salón de clase.

Pertenece a una familia desintegrada, organizada, formada por la madre y 4 hijos, y el padrastro que no vive de fijo con ellos por ser un Sr. casado. La Sra. anteriormente mantuvo relaciones con un Sr. casado del que tuvo 2 hijos, uno de ellos Arturo. Fué un niño no deseado por la madre. El nivel sociocultural de la familia es bajo. El padrasto es alcóholico.

Inició marcha y lenguaje a tiempo. La madre lo describe como un niño tímido y acomedido, pesado con el hermano pequeño.

En Terman-Merrill obtuvo un C.I. de 70 y una edad mental de 6 años, 8 meses. Con un rendimiento intelectual de Debilidad Mental Leve. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral, pero aún no se le practica estudio médico.

Arturo es un niño que se siente inadecuado intelectualmente, es impulsivo e inseguro. Es aconsejable que permanezca en escuela especial por un tiempo y si responde canalizar

lo a Grupos Integrados. Orientación familiar.

CASO 21

Fernando de 9 años, 5 meses de edad cronológica fué - enviado a escuela especial por que a la escuela especial a la - que asistía desapareció.

Proviene de una familia integrada, aparentemente organizada, de nivel socio-cultural bajo, formada por los padres y 6 hijos, ocupando Fernando el 4° lugar en orden descendente.

Inició marcha a tiempo, pero lenguaje tardíamente. La madre lo describe como un niño cariñoso y de buen humor.

Con un rendimiento intelectual al nivel de Deficiencia Mental Bien Definida, obtuvo un C.I. de 61 en Terman-Merrill y una edad mental de 5 años, 10 meses. Se encontraron datos significativos de organicidad, que han sido confirmados por estudio médico.

Fernando es un niño inmaduro, inadecuado intelectualmente, con baja tolerancia a la frustación, y con dificultad para relacionarse. Es recomendable terapia de lenguaje y continuar en escuela especial, iniciándolo a talleres.

CASO 22

Enrique de 9 años, 7 meses de edad cronológica, - - - con 5 meses en kinder, 2 meses en primer año, y 2 años en escuela especial, es canalizando a esta escuela por no corresponder

a la escuela a la que asistía.

Nacido de madre soltera abandonada antes de nacer el niño, de nivel socio-cultural bajo, fué diagnosticado por el - médico con lesión cerebral a consecuencia de traumatismo sufrido a los 2 años de edad, olvidándose funciones ya iniciados como caminar, hablar, etc. y teniendo que iniciarlas nuevamente.

La madre lo describe como un niño cariñoso, comprensivo, celoso de la madre, que se molesta cuando la vé con al-- guien.

Concluímos que se trata de un niño con un nivel intelecutal de Debilidad Mental Bien Definida, e indicaciones de - deterioro neurológico; obtuvo un C.I. de 58 en Terman Merrill y una edad mental de 5 años, 8 meses.

Enrique se siente inadecuado intelectualmente, es inseguro, retraído, y tiene dificultad para relacionarse. Su -- pronóstico no es muy bueno, ya que en la escuela casi no aprovecha, y su situación familiar no es adecuada encontrándose -- muy presionado por la madre.

CASO 23

Gloria de 10 años, 5 meses de edad cronológica fué - canalizada por el Hosp. Psiquiátrico Infantil por ser repetidora por tercera vez del primer año de primaria.

Pertenece a una familia desintegrada por la separa-- ción de los padres, desorganizada y de nivel socio-cultural ba

jo. Habiendo tenido la Sra. 3 hijos con su esposo, y ocupando Gloria el último lugar, al momento de la separación las dos - niñas se quedaron a vivir con la bisabuela, el hermano mayor - después de vivir un tiempo con ellos, se fué de la casa. La - madre de Gloria volvió a casarse, teniendo una hija más que -- también presenta problemas de deficiencia mental.

Gloria inición lenguaje a tiempo, pero marcha tardíamente. La madre la describe como una niña caprichuda, agresiva con los hermanos, inestable y muy trabajadora.

Con un rendimiento intelectual a nivel de Debilidad Mental Leve, obtuvo un C.I. de 70 en Terman-Merrill y una edad mental de 7 años, 4 meses. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral que han sido confirmados por estudio médico.

Gloria es una niña rechazada por la madre desde su - nacimiento, dejándola en manos de su bisabuela. Presenta sentimientos de inadecuación intelectual, baja tolerancia a la -- frustación y tendencia a la conducta acting out. Agresiva hacia la figura masculina. Presenta un buen pronóstico, ya que pedagógicamente ha rendido aunque en forma lenta.

CASO 27

Ramón de 10 años, 6 meses de edad cronológica con -- una historia escolar de 2 años en kinder, 2 años en Grupos Integrados y un año en 2° año en escuela primaria, con problema

de lenguaje, y diagnósticado desde los 3 años, 6 meses como un caso de afasia, es canalizado a escuela especial.

Proviene de una familia completa, organizada, de - nivel socio-cultural medio, formada por los padres y 4 hijos, ocupando Ramón el 2° lugar en orden descendente.

Inició marcha y lenguaje tardíamente. La madre lo describe como un niño violento, ordenado, cariñoso con los - hermanos y el padre y arisco con la madre.

Con un rendimiento intelectual a nivel de Debili-- dad Mental Bien Definida, obtuvo un C.I. de 61 en Terman-Me-- rrill y una edad mental de 6 años, 4 meses. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral.

Se concluye que Ramón es un niño que se siente ina decuado intelectualmente, impulsivo, que tiende a fantasear - constantemente, y con tendencia a permanecer solo.

Se recomienda una valoración psiquiátrica debido a la constante actividad de fantasear del niño, olvidándose in cluso de otras actividades que tiene que realizar. Pedagógi camente se ha observado adelanto.

CASO 25

Jorge de 10 años, 8 meses de edad cronológica con una historia escolar de un mes en kinder, 2 años en primer - años, cursando actualmente el 2°año pero sin observarse un - adelanto, es canalizado a escuela especial.

Proviene de una familia desorganizada, numerosa, formada por los padres y 15 hijos ocupando Jorge el 13° lugar en - orden descendente. Fué un niño no deseado por los padres. La familia tiene un nivel socio-cultural bajo. El padre cuenta -- con otra familia en la que tiene otros 10 hijos, a quienes también sostiene por lo que la situación es delicada.

Inició marcha a tiempo, pero lenguaje tardíamente. La madre lo describe como un niño inquieto, que por lo general anda de buen humor, pero que si se le regaña se irrita. Con sueño intranquilo, despertando después de haberse dormido y poniéndose a hablar solo y moviendo las manos como si estuviera viendo algo en el techo.

Con un rendimiento intelectual a nivel de Debilidad - Mental Bien Definida, obtuvo un C.I. de 60 en el Terman-Merrill y una edad mental de 6 años, 4 meses. Se observan datos significativos de lesión cerebral, pero aún no se le practica estu-- dio médico.

Concluímos que se trata de un niño que tiende a encerrarse en sí mismo, que se siente inadecuado intelectualmente y emocionalmente inestable. Siguiendo un método pedagógico adecuado puede rendir más, también es conveniente iniciarlo en los -- talleres.

CASO 26

La Direc. Gral. de Educ. Especial canalizó a Alfonso

de 11 años, 8 meses de edad cronológica por presentar proble-- mas de aprendizaje. Desde los 7 años ha asistido a escuelas especiales pero según el padre no lo han ubicado correctamente.

Pertenece a una familia completa, aparentemente organizada, formada por los padres y 4 hijos, siendo Alfonso el mayor de ellos. Fué concebido antes de que los padres se casaran, de madre epiléptica tipo gran mal, y padre dominante que no acepta la idea de que su hijo tiene problemas a pesar de -- que antes de los dos años de edad ya fué diagnosticado con retraso mental debido a daño orgánico cerebral. El nivel sociocultural de la familia es medio.

Inició marcha y lenguaje tardíamente, sus movimientos son torpes. Sus dos primeros años los vivió con su abuela debido a la enfermedad de la madre. Los padres lo describen - como un niño normal, introvertido, tranquilo y solo ocasionalmente llega a ser agresivo.

Con un rendimiento intelectual a nivel de Deficiencia Mental Bien Definida, obtuvo un C.I. de 66 en Terman-Merrill y una edad mental de 7 años, 6 meses. Se observaron datos significativos de organicidad que han sido confirmados por estudio médico.

Se concluye que Alfonso es un niño tímido, retraído, con dificultad para relacionarse, con agresividad no manifiesta. Pedagógicamente está rindiendo aunque en forma lenta, sus

relaciones sociales han mejorado, tiene buen pronóstico.

CASO 27

Gilberto de 8 años, 4 meses de edad cronológica, repetidor de primer año sin ningún adelanto, solicita ingreso a escuela especial.

Proviene de unión libre después de que la madre había estado casada y fué abandonada, teniendo de su matrimonio 4 hijos; de su unión libre que también acabó en separación tuvo --- otros 5 hijos siendo Gilberto el último de ellos. Se trata de una familia de nivel socio-cultural bajo, desorganizada y con - graves problemas dentro de ella ya que dos de los hijos son drogadictos y uno de ellos se encuentra preso acusado de robo y -- violación.

Inició marcha y lenguaje a tiempo. La madre lo describe como un niño guerroso y agresivo, cariñoso con la madre.

Con un rendimiento de Deficiencia Mental Superficial, obtuvo un C.I. verbal de 58, un C.I. de ejecución de 80 y un -- C.I. total de 68 en el WISC-R. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral, mismos que han sido confirmados por - estudio médico.

Se concluye que Gilberto es un niño que anda siempre muy sucio, es impulsivo y presenta necesidades agresivas dirigidas hacia afuera, es inmaduro. Pedagógicamente no se ha observado un adelanto, debido posiblemente a que se encuentra descui

dado y a que su ambiente familiar es negativo.

CASO 28

Patricia de 9 años de edad cronológica, con una historia escolar de 1 año en kinder y 3 años en primer año sin poder aprobarlo, es canalizada a escuela especial.

Pertenece a una familia integrada, aparentemente organizada, de nivel socio-cultural bajo, formada por los padres y 3 hijos ocupando Patricia el segundo lugar.

Inició marcha a tiempo, pero lenguaje tardíamente. Su comunicación es buena pero sus movimientos son ligeramente torpes. Los padres la describen como una niña inquieta, no agresiva, y en ocasiones desobediente.

Con un rendimiento intelectual de Deficiencia Mental Superficial, obtuvo un C.I. verbal de 58, un C.I. de ejecución de 69 y un C.I. total de 60 en el WISC-R. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral que han sido confirmados por estudio médico.

Se concluye que Patricia es una niña que tiende al retraimiento, mostrándose tímida a su vez. Sus dibujos reflejan agresividad. La menor tiene buen pronóstico siempre y cuando tenga ayuda pedagógica y sus demandas afectivas sean atendidas.

CASO 29

José Oscar de 9 años, 7 meses de edad cronológica, -- escolaridad previa y que al ingresar a escuela primaria presen-

ta hiperquinesia, y nada de atención, es canalizado a escuela especial.

Pertenece a una familia integrada, organizada, de nivel socio-cultural bajo, formada por los padres y 3 hijos, - ocupando José el 2° lugar. De madre epiléptica ha sido diagnos ticado también como epiléptico.

Inició marcha y lenguaje tardíamente. Actualmente - presenta problema de lenguaje. La madre lo describe como un - niño quieto, de buen humor, cariñoso y que gusta de los niños.

Con un rendimiento intelectual a nivel de Deficien-- cia Mental Superficial, obtuvo un C.I. verbal de 50, un C.I. - de ejecución de 67 y un C.I. total de 54 en el WISC-R. Se encontraron datos significativos de lesión cerebral que han sido confirmados por estudio médico.

Se concluye que José Oscar es un niño que se siente inadecuado intelectualmente, es inseguro e inestable, con ten-- dencia a la conducta acting out. Pedagógicamente puede rendir más siempre y cuando se le dé la ayuda necesaria.

CASO 30

Cuauhtemoc de 10 años, 2 meses de edad cronológica, repetidor de primer año, con problemas de aprendizaje y de lenguaje es enviado a escuela especial.

Pertene a una familia incompleta por separación de los padres, quedando la madre y 7 hijos, ocupando Cuauhtemoc -

el 5° lugar en orden descendente, y no deseado por los padres desde su concepción. El nivel socio-cultural de la familia - es bajo.

Inició marcha y lenguaje a tiempo, pero su desarro llo ha sido deficiente presentando en la actualidad problema de lenguaje y pobre coordinación motora. La madre lo descri be como un niño de caracter variable, a veces cariñoso y --- otras reservado, en ocasiones tranquilo y otras inquieto.

Con un rendimiento intelectual Limítrofe, obtuvo un C.I. verbal de 69, un C.I. de ejecución de 74 y un C.I. total de 70 en el WISC-R. Se encontraron datos significativos de - lesión cerebral, el diagnóstico médico dice que se trata de - un caso de Parálisis Cerebral Infantil.

Concluímos que Cuauhtemoc es un niño que se siente inadecuado intelectual y físicamente, con dificultad para re- lacionarse. Es impulsivo y en ocasiones agresivo, presenta - tendencia a la conducta acting out.

Es recomendable una escuela especial para PCI, y -- orientación a la madre sobre la educación de su hijo.

CAPITULO QUINTO

DISCUSION

Como podemos apreciar tanto en la gráfica N° 1 como en la gráfica N° 2, los conceptos analizados se encuentran debajo del promedio de la edad cronológica, que para la gráfica N° 1 resultó ser de 8 años, 7 meses y para la gráfica N° 2 de 9 años, 3 meses. Ambas gráficas están indicando que las habilidades ó funciones valoradas se encuentran trabajando a un nivel más bajo de lo que les correspondería (en la gráfica N°1 - el promedio más bajo se encuentra en lo que se refiere al área IV de Frostig: Posición en el espacio; en la gráfica N° 2 el - promedio más bajo se situó en el Nivel de Maduración de Bender).

El C.I. promedio para toda la muestra resultó ser de 67.9 (ver tabla N° 3), que nos está indicando un rendimiento a nivel de "Deficiencia Mental" según la clasificación de la Stanford-Binet y de la WISC-R.

En lo que respecta a las características del medio - familiar de nuestros sujetos, podríamos decir que se traba de familias que en su mayoría pertenecen a un nivel socio-cultural bajo, incompletas ó desintegradas por divorcio, separación, ó abandono del hogar de alguno de los padres. Familias que a -- pesar de ser completas, tienen graves conflictos internos como alcoholismo, drogadicción, desaveniencias conyugales, etc., -- que provocan desorganización familiar. Más del 50 % de nues-- tra muestra son niños rechazados por el padre, la madre, ambos,

o por parte de la familia, muchas de ellos desde su concep--- ción, careciendo de comprensión, cariño y cuidados. En el -- cuadro N° 4 se da un porcentaje de éstas características más sobresalientes en lo que respecta a situación familiar de la muestra en estudio.

Dadas las circunstancias, no es raro encontrar que la mayoría de nuestros niños en estudio presenten problemas - afectivos y emocionales variados según el caso, que influyen grandemente en su adaptación familiar, social y su rendimiento escolar, a lo que habría de sumársele el problema de deficiencia mental si es que existe.

CAPITULO SEXTO

CONCLUSIONES

De los hallazgos obtenidos que se muestran en el capítulo correspondiente a Resultados, podemos concluír que:

1.- La utilidad del Perfil Psicológico radica en la rapidez con que podemos apreciar la actuación de un niño, ya que a simple vista podemos ver como está funcionando en cada una de las áreas valoradas, tomando como referencia su edad cronológica.

2.- El informe psicológico manifestará necesidades y conductas del niño, permitiéndonos dar recomendaciones y/ó canalizaciones adecuadas.

3.- A través de la actuación del niño durante la ejecución de las pruebas, de la proyección lograda en las pruebas proyectivas, de la entrevista psicológica, podremos detectar la dinámica familiar y los problemas que puedan existir dentro de ella, permitiéndonos brindar una orientación al respecto.

4.- Por lo mencionado en los tres incisos anteriores creemos que se trata de una batería de pruebas bastante completa y nos abocamos por su utilización, pero quedando flexibles en esta utili

zación al quedar abiertos para el manejo de - pruebas psicológicas que demuestren ser efectivas dentro de este campo.

CAPITULO SEPTIMO.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad exponer la - forma de Evaluación Psicológica que el Departamento de Psicología de la Dirección General de Educación Especial utiliza en la mayoría de sus escuelas especiales dependientes de ella en el Distrito Federal.

Se efectuaron 30 estudios que fueron valorados con - una Batería de Pruebas formada por: La Escala de Inteligencia de Stanford-Binet ó la Escala de Inteligencia Infantil de ---- Wechsler Revisada, el test Guestáltico Visomotor, el método de Evaluación de la Percepción Visual, el test del Dibujo de la - Familia, el test del Dibujo de la Figura Humana.

De los resultados obtenidos podríamos afirmar que en su mayoría nuestra muestra está funcionando por debajo de lo - que le correspondería de acuerdo a su edad cronológica en to-- das las áreas que fueron analizadas.

La muestra proviene en su mayoría de hogares en los que existen graves dificultades que han provocado en los hijos problemas afectivo-emocionales que repercuten en su actuación social y escolar, aumándose además el problema de deficiencia mental que existe en muchos casos.

Creemos adecuada la utilización de ésta Batería por brindar un amplio informe acerca del sujeto valorado.

BIBLIOGRAFIA

FROSTIG, Marianne, Método de evaluación de la percepción visual. (Manual). El Manual Moderno, S.A. México, D.F.

GORMAN, Louis, El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Editorial Kapelusz, S. A. Buenos Aires 1967.

Interpretación educacional de la escala de Wechsler para niños. 1978.

MUNSTERBERG, Elizabeth Koppitz, El test guestáltico visomotor. para niños. Editorial Guadalupe. Sexta Edición. Argentina, 1976.

MUNSTERBERG, Elizabeth Koppitz, El dibujo de la figura humana - en los niños. Evaluación Psicológica. Editorial Guadalupe. Argentina, 1976.

Educación especial. Núm. 10 Año II. Dirección General de Educación Especial, Abril-Mayo 1974.

SATTLER, Jerome M, Evaluación de la inteligencia infantil. Caps. 8, 9, 10, apéndice D, E. Editorial el Manual Moderno, S.A. México, 1977.

URIBE, Ana Ma. Torres, Aportaciones a la educación especial. Cap. I. México, 1967.

SANCHEZ, Buchon Consuelo, Introducción a la Educación especial. Inter Ediciones, Madrid, 1968.

TESIS EN UN DIA
Tesis por computadora
consúltanos sin compromiso
presupuestos gratis
Odontología 57 Local 2-A
Tel. 548-33-44