

REVISTA DE EDUCACION

MINISTERIO DE EDUCACION

28

la educación especial

ENSEÑANZA BASICA 1971

*"¡Autores chilenos
para alumnos chilenos
con programas chilenos!"*



Magisterio Americano entrega a los educadores estos nuevos textos escolares, los que han sido desarrollados en su totalidad por los más calificados autores, la mayoría de ellos figuras relevantes de la Reforma Educacional, lo que le da a este excelente material pedagógico una concordancia total con los programas educacionales vigentes.

● **TEXTO PREESCOLAR (ENE TENE TU).**

Felipe Alliende, Mabel Condemarin E° 36.-
TEXTO GLOBALIZADO 1° BASICO (Primera y Segunda Unidad Programática), Bernardita Schmidt, María Eliana Pérez, Eliana Mansilla, Clara Romero, Eliana Villablanca Coordinadores, Hernán Godoy, Marina Pino E° 30.-
MATEMATICAS 1° BASICO Hortia Villarroel E° 22.50
MATEMATICAS 2° BASICO Hortia Villarroel " 22.50
MATEMATICAS 3° BASICO Hortia Villarroel " 22.50
MATEMATICAS 4° BASICO Hortia Villarroel " 22.50

● **QUINTO AÑO BASICO:**

CASTELLANO, Graciela Stowhas E° 34.-
CIENCIAS SOCIALES Viola Soto, Bernardita Schmidt, María Eliana Pérez E° 36.-
MATEMATICAS, Hortia Villarroel E° 28.-
CIENCIAS NATURALES Eliana Mansilla, Enrique Cerda E° 26.-

● **SEXTO AÑO BASICO:**

CASTELLANO, Mario Rodríguez E° 36.-
CIENCIAS SOCIALES Viola Soto, María Eliana Pérez, María de los Angeles Corcuera E° 38.-
MATEMATICAS, Hortia Villarroel E° 32.-
CIENCIAS NATURALES, Eliana Mansilla, Enrique Cerda E° 28.-

● **SEPTIMO AÑO BASICO:**

CASTELLANO, Graciela Stowhas E° 39.-
CIENCIAS SOCIALES Pedro Morande, John Biehl, Eduardo Viñuela, María Ormazabal E° 36.-
MATEMATICAS, Ines Harding E° 40.-
CIENCIAS NATURALES Eliana Mansilla, Enrique Cerda E° 31.-

● **OCTAVO AÑO BASICO:**

CASTELLANO, Fidel Sepúlveda E° 40.-
CIENCIAS SOCIALES, Hernán Godoy, María de los Angeles Corcuera, Ana María Errázuriz E° 40.-
MATEMATICAS, Enrique Lagos Zamorano E° 39.-
CIENCIAS NATURALES, Enrique Cerda, Héctor Fernández E° 31.-

● **NOTA: Todos estos textos con sus correspondientes Guías del Maestro.**

● **POR EDITAR:**

(Aparición en enero-1971)
CASTELLANO 1° BASICO, Felipe Alliende, Mabel Condemarin.
CASTELLANO 2° BASICO, Felipe Alliende, Mabel Condemarin.
CASTELLANO 3° BASICO, Felipe Alliende, Mabel Condemarin.
CASTELLANO 4° BASICO, Fernando Castro, Corina Rosenfeld.
GLOBALIZADO 2° BASICO (Tercera y Cuarta Unidad Programática), Clara Romero, Eliana Pérez, Eliana Villablanca, Eliana Mansilla, Berta Galindo, Bernardita Schmidt, Julio Reinoso, José Iturra.
GLOBALIZADO 3° BASICO (Quinta y Sexta Unidad Programática), Clara Romero, Eliana Pérez, Eliana Villablanca, Eliana Mansilla, Bernardita Schmidt, Julio Reinoso, José Iturra.
GLOBALIZADO 4° BASICO (Séptima y Octava Unidad Programática), Clara Romero, Eliana Pérez, Eliana Mansilla, Bernardita Schmidt, Julio Reinoso, José Iturra.

● **NOTA: Con sus correspondientes Guías del Maestro.**



MAGISTERIO AMERICANO
SERVICIO GENERAL DE EDUCACION SOC. LTDA.

AV. STA. MARIA 0112, DPTO. F. TELEFONOS 776242 - 775425 SANTIAGO DE CHILE.

Página

- 2 Jornadas de diagnóstico en las escuelas de educación especial.
- 3 Problema: deficiencia mental
- 9 Experiencias para el desarrollo y ejercitación de conductas motrices realizadas en la Escuela N° 32.
- 14 Diagnóstico del desarrollo psicomotriz
- 21 Déficit psíquico en el niño: estudio de diagnóstico por un equipo multidisciplinario
- 23 Dislexia: definiciones
- 28 Conceptos teóricos de los cuadros que presentan dificultad en el aprendizaje por daño motor
- 33 Sobre el daño orgánico. Comisión: Mercedes Solari, María Araya, Moisés Piñeiro
- 37 Diagnóstico y discusión de características psicológicas del niño sordo, por Antonieta Hola, Pina Panetti y Elizabeth Anríquez.
- 41 Trabajo presentado por las Escuelas Especiales de Sordos Nos. 1 y 16
- 51 Niños con trastornos sensorial visual. Elaborado por la Escuela N° 3
- 57 Menores en situación irregular socioconductual y en situación social irregular. Participantes: Casa de Menores de Mujeres y Casa de Menores de Hombres, Escuela Experimental Anexa al Politécnico de San Bernardo y Escuela de Educación Especial N° 26.
Coordinadora: Marta Catalán.

TRASTORNOS DE LA ARTICULACION

- 62 La voz y sus trastornos, por Victoria Chinchón y Edith Schwalm Coordinadora: Mireya Puig
- 63 Las dislalias, por Eliana Pinto, Silvia Salinas y Silvia Vera. Coordinadora: Mireya Puig
- 66 Rinolalias, por Elvira Silva y Eliana Rodríguez. Coordinadora: Mireya Puig
- 68 Disritmias: tartamudez, por Victoria Chinchón y Edith Schwalm
- 69 Análisis de los objetivos de la jornada de estudios de las escuelas de educación especial
- 70 Cómo vencer las perturbaciones del lenguaje, por Piere Faure
- 73 Elementos de orientación escolar para problemas de salud mental, por el Dr. Hernán Montenegro.
- 81 Los niños autísticos, por el Dr. Lorna Wing
- 83 La educación de los niños con dificultades del habla y del lenguaje
- 87 Trastornos del lenguaje por alteraciones del sistema nervioso central, por Mireya Puig y Haydée Oyarzún.
- 93 Los niños hiperactivos, por Mark A. Stewart
- 101 Otro problema de la educación especial: el mal peor de todos, por Lily Vega
- 102 Algunas experiencias relatan madres de excepcionales (Encuesta de Lily Vega)
- 107 Los rasgos de la escritura como herramienta de estudio de la personalidad de niños y adultos, por Irene Tuca

REVISTA DE EDUCACION

Redacción y Administración:
Alameda B. O'Higgins 1390
Teléfono 69187

N° 28 (nueva época), Santiago de Chile, Julio de 1970. Precio del ejemplar:
E° 6.

Suscripción anual (10 números): E° 25
Publicada por el Ministerio de Educación

Consejo:

Ministro prof. Máximo Pacheco
Subsecretario prof. Ernesto Livacic

Director:

Enrique Bello

Secretario de Redacción: Waldo Rojas
Portada de Sergio Harnecker

Impresa en Editorial Lord Cochrane

PORTE PAGADO

Publicaciones periódicas
Inscripción N° 381

jornadas de diagnóstico en las escuelas de educación especial

Designado 1970 como el **año internacional de la educación**, nuestro país decidió dedicar con este motivo atención preferente a la educación especial, por ser ésta un sector de la enseñanza que necesita ser incorporado plenamente al proceso de reforma educacional que Chile está realizando.

Las escuelas de educación especial no son tales por su simple denominación, sino por la filosofía que a todas ellas inspira, traducida por un gran fin común: "habilitación e incorporación del individuo a la comunidad y a la vida del trabajo", unificación de criterios frente a conceptos técnicos, procedimientos y materiales, al igual que la toma de contacto con la comunidad a fin de informarla y concientizarla para lograr un cambio conductual frente a los seres que presentan minusvalías.

Han sido precisamente, ambos cometidos, los que indujeron al Ministerio de Educación (Subsecretaría, Dirección de Educación Primaria y Normal y Jefatura de Educación Especial), a programar como primer evento del Año Internacional de la Educación una **jornada sobre Diagnóstico en las Escuelas de Educación Especial**, con participación de los equipos profesionales de las diferentes escuelas de educación especial, quienes en una primera parte, aportaron los conceptos teóricos y las experiencias realizadas en las variadas deficiencias atendidas. La segunda parte estuvo a cargo de profesionales especializados, afines con los problemas específicos de cada deficiencia y con los trastornos de aprendizaje, quienes con su experiencia dieron las orientaciones técnicas necesarias para efectuar e interpretar un diagnóstico.

La calidad y trascendencia pedagógica del contenido de los temas expuestos en estas jornadas han decidido la publicación de la mayor parte de los trabajos. Junto con este material, la Revista publica también tres encuestas, y algunos artículos valiosos, traducidos de revistas francesas y norteamericanas de educación especial.

Todo este material está destinado a interesar tanto a profesores y especialistas, como a los padres y familiares de los estudiantes de la enseñanza especial.

La Revista de Educación agradece a los profesores y especialistas que colaboraron con materiales para realizar este número, y destaca en particular la dedicación y el esfuerzo desplegado por la prof. Axidalia Mac Connell, jefe del Departamento de Educación Especial del Ministerio, que coordinó y orientó los trabajos de la edición.

problema deficiencia mental

I INTRODUCCION

A) Faz histórica de la deficiencia mental:

Los deficientes mentales forman parte de los irregulares o anormales. Estos niños por la disminución de sus potencialidades intelectuales no son capaces de seguir el curso de una escolaridad normal y, por lo tanto, son objeto de la educación especial.

En 1970, año de la educación especial, es positivo valorar el progreso realizado en este campo, siendo menester recordar grandes hechos que marcaron épocas y que en un comienzo estuvieron referidos a las irregularidades en general.

Sintetizando las posiciones acerca de la preocupación por atender al deficiente mental, encontramos:

1º **Etapa empírica altruista** (hasta s. XVI aprox.)

Es importante destacar esta etapa, en la que se inicia la asistencia, siendo la ayuda en forma caritativa, sin propósitos científicos, pero sufriendo también períodos de persecución.

Se ha establecido que el primer tipo de anormalidad atendida fue la Deficiencia Mental y los primeros estudios científicos fueron sobre los Alterados Mentales (la Epilepsia por Hipócrates de Cos).

2º **Etapa de curiosidad científica:** (Entre los siglos XVI y XVIII).

Surgen los primeros esbozos de observación dirigida, casi clínica y de tratamientos condicionados a ciertos principios.

3º **Etapa de estudio científico:** (Siglo XVIII y principios del XIX).

Los trabajos se orientaron científicamente a través de las importantes obras de Itard, Esquirol, Seguin, quienes demostraron la posibilidad de educar a los oligofrénicos. Sus aportes sirvieron de base para proseguir estudios.

4º **Etapa científica:** Médico-Psicopedagógica-Social (finales del s. XIX y siglo actual).

A finales del siglo XIX la educación de los Deficientes Mentales obligó a discriminar grandes grupos:

- 1.— Los individuos de nivel más bajo, cuya tara es evidente.
- 2.— Los individuos que no se adaptan adecuadamente en un medio social y escolar normal.

Al iniciarse el siglo XX, la obra de Binet-Simon, Escala Métrica de la Inteligencia, hace posible determinar niveles de edades mentales, facilitándose la labor educativa con oligofrénicos.

Los avances en Medicina, Psicología, Sociología y Pedagogía especialmente, hacen posible el tratamiento diferenciado del irregular mental, dándosele una orientación científica y social.

Los trabajos de los precursores atrajeron la atención de otros países como Holanda, Suiza, Alemania, Inglaterra, EE. UU. y, posteriormente, Latinoamérica. En Chile se creó en 1928 la Escuela Especial de Desarrollo, primera en Latinoamérica, hecho notable de la educación especial chilena.

Internacionalmente existe un interés cada vez mayor por este tipo de niños y en cada país constituye una preocupación esencial.

B) Faz familiar de la deficiencia mental:

La Deficiencia Mental constituye un problema familiar, pues la existencia de un anormal mental altera la convivencia hogareña.

Tanto es así que las familias que actúan con sobreprotección, indiferencia o rechazo, son merecedoras de una gran orientación, a fin de que comprendan el problema, se liberen de sentimientos de culpa y actúen adecuadamente contribuyendo en forma eficaz a la habilitación de su miembro deficitario en el núcleo familiar.

C) Faz humana de la deficiencia mental:

Al deficiente mental, por constituir un ser humano, debe dársele la oportunidad de desarrollar todas sus potencialidades y encontrar un lugar en la sociedad.

Es la familia la que primero debe preocuparse, pero su tarea no sería fructífera si no contara con el aporte de la sociedad en la educacional, profesional, protección jurídica y comprensión pública.

El diagnóstico y tratamiento de los oligofrénicos debe hacerse a temprana edad, educación precoz en los casos aplicables. La labor profesional debe practicarse mediante un coordinado trabajo de equipo que permita integrar al deficiente mental a la sociedad en la mejor forma, no sólo para él, sino también para el grupo social.

Esc. Educ. Esp. Nº 5

—Mireya Acevedo

—Amada Castro

—Juana Lorca

II DEFINICION DE LA DEFICIENCIA MENTAL

La Deficiencia Mental ha sido definida, a través de la historia, con distintos y controvertidos conceptos. Con el avance de las ciencias humanas se ha logrado esclarecer y limitar el cuadro. Dado a que la Deficiencia Mental es un problema complejo que afecta al individuo en su totalidad, ha sido preocupación de los distintos profesio-

nales de las disciplinas científico-humanas aportar el máximo de sus conocimientos.

Abordaremos el problema de la definición de la Deficiencia Mental con cuatro criterios diferentes, porque involucran el concepto central de "insuficiencia".

1. Criterio Médico:

Desde este punto de vista se denomina Oligofrenia, siendo un síndrome cuya causa es clínica, por lo que se presenta y funciona con rasgos propios, encontrándose sus alteraciones en la estructura del Sistema Nervioso Central.

2. Criterio Psicológico:

Se basa en el criterio de los tests psicométricos que establecen grados de inteligencia y su correspondiente nivel mental. Además de las escalas de medición de Binet-Simon, existen tests que miden otros déficit del desarrollo que alteran la personalidad del individuo.

El rasgo sobresaliente de la deficiencia mental desde este punto de vista es la alteración de las funciones intelectuales, asociada comúnmente a otras alteraciones de la personalidad.

3. Criterio Social:

Quizás sea éste el criterio más controvertido para llegar a un concepto social de la deficiencia mental. Sabemos que en todo individuo operan cuatro factores fundamentales para definirlo como "persona":

a) Socialización:

Es el proceso de moldeamiento de la personalidad a través del hogar, escuela, comunidad, etc., y donde el deficiente mental presenta mayores dificultades.

b) Integración Social:

Es el ajuste del comportamiento a normas y presiones establecidas por un grupo, y depende de la cultura, rasgos de personalidad e inteligencia del individuo mismo.

El deficiente mental, por presentar una alteración global de su personalidad, carece, por lo tanto, de flexibilidad social, siendo conflictiva su interacción.

c) Movilidad Social:

La superación de un status socio-económico bajo en el sujeto normal, es posible dado a sus condiciones intelectuales, culturales y oportunidades de trabajo; en cambio, en el deficiente mental este paso se ve obstruido por la escasa preparación escolar, su limitada inteligencia, las mínimas oportunidades que el medio laboral le ofrece imposibilitándole su movilización de un grupo social a otro superior.

d) Ajuste normativo y legal:

Los valores generales y las leyes por las que se rige la sociedad, se han dictado para todo sujeto que pertenece a ella. Al deficiente mental le es difícil conocer y comprender estas leyes cometiendo infracciones en lo penal y moral y, en consecuencia, queda al margen de los beneficios que la sociedad, junto con exigir, otorga a los sujetos normales.

Es de importancia agregar, dentro de este criterio social de definición de la deficiencia mental, que en todas las sociedades ésta tiene expresiones y formas sociales más o menos definidas de manifestación, sin embargo, existen aspectos que se dan de acuerdo al grado de desarrollo cultural, científico e histórico de un país o continente determinado.

Características del D. M. desde el punto de vista social:

Creemos conveniente, siendo este criterio social un enfoque nuevo en la definición del problema en cuestión, entregar algunas características del sujeto que presenta deficiencia mental:

—Dificultad para socializarlo, es decir, moldearlo según las normas del grupo social al que pertenece.

—Incapacidad de criterio para juzgar situaciones y adoptar soluciones flexibles, que se expresan en sus conflictos a través de su vida de relación (en el hogar, escuela, comunidad, trabajo) escasa movilidad social, lo que no le permite aprovechar sus oportunidades, por su mínima preparación cultural y tecnológica.

—Producción laboral limitada a actividades de tipo repetitivo, no creativas.

4. Criterio Pedagógico:

La detección de la Deficiencia Mental en el medio escolar está condicionada por un ingreso tardío a la escuela, por repeticiones reiteradas, una difícil integración al grupo y por su personalidad diferente a las que los sujetos que no presentan este cuadro patológico.

Considerando el aprendizaje como punto de partida para la comparación, la deficiencia mental se caracteriza por presentar en un escolar un rendimiento psicopedagógico inferior al promedio de un grupo de alumnos.

III CONCEPTO DE DEFICIENTE MENTAL

Son deficientes mentales aquellos niños que por diversas causas presentan un desarrollo mental inferior a su edad cronológica, por lo que deben ser sometidos a enseñanza especial para lograr integrarlos en forma adecuada a la vida de un grupo social o de la comunidad.

Existen diferentes grados, con características propias a cada uno de ellos:

IV CARACTERISTICAS GENERALES DEL DEFICIENTE MENTAL

Enunciaremos algunos rasgos fundamentales, en el comportamiento de los deficientes mentales:

—Respuestas estereotipadas.

—Falta de capacidad de autocritica.

—Capacidad asociativa limitada.

—Razonamiento limitado.

—Lenguaje rudimentario.

—Lentitud psíquica y motora.

—Incapacidad de abstracción.

—Presencia de problemas en la personalidad: inseguridad, timidez, inestabilidad.

—Presencia de problemas en el aprendizaje escolar y profesional.

V CONCLUSIONES PSICOPEDAGOGICAS

1. La responsabilidad del profesor abarca la totalidad del proceso de habilitación y rehabilitación en algunos casos.

—Se irradia al grupo familiar.

—Se proyecta a la comunidad en que se desenvuelve el sujeto.

2. El "tratamiento" tiene en la deficiencia mental un doble significado, puesto que, además de referirse a las medidas educativas puras, lo es también en la educación especializada que estos sujetos requieren.

3. La educación especial debe estar orientada por un equipo de profesionales ad-hoc.

4. El descubrimiento precoz de la deficiencia mental es de vital importancia en la tarea educativa, ya que favorece el estímulo de las potencialidades del escolar y evita las consecuencias de un tratamiento tardío en la escuela de educación especial.

BIBLIOGRAFIA

- 1 "PSICOPEDAGOGIA INFANTIL CORRECTIVA".
María Pevzner. Moscú 1968.
- 2 "SEMINARIO REGIONAL INTERAMERICANO SOBRE EL NIÑO CON RETARDO MENTAL". Montevideo 1967.
- 3 REVISTAS: "EL NIÑO LIMITADO": Nros. 2, 3, 5, 6 y 8.
Santiago - Chile 1969 - 1970.
- 4 APUNTES DE PATOLOGIA NEUROPSIQUIATRICA.
Dr. Ricardo Olea, Santiago Chile 1969.

Esc. Educ. Esp. N° 7

—Gladys Araya

—Leontina Díaz

VI ETIOLOGIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

1º GENERALIDADES:

Es importante destacar que para los fines educativos generales del niño deficiente mental, el personal que tiene a su cargo estas actividades debe conocer las causas más comunes y comprender algunas complicaciones educacionales inherentes al problema. Esta comprensión de las dificultades de aprendizaje, asociada a ciertos factores causales, capacitará al personal anticipándose a los hechos en la elaboración de un programa especial que tienda al desarrollo integral de las áreas más capacitadas. Desde este punto de vista, hemos elaborado una síntesis de los innumerables y complejos factores causales de deficiencia mental, con el objeto de dar una visión clara y sencilla de los mismos, como también de los ejemplos más característicos.

2º ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA ETIOLOGIA:

Etimológicamente, ETIOLOGIA significa: investigación de las causas. Desde el punto de vista general, la causalidad de la D. M. depende de varias influencias, pero todas ellas están comprendidas en dos grandes grupos: HERENCIA y CAUSAS AMBIENTALES.

Considerando como base estos grupos, y ya en un terreno más científico, estos términos se denominarán causas genéticas y hereditarias, y causas adquiridas. Otros autores dan como sinónimos causas primarias y secundarias, o bien endógenas y exógenas. En esta oportunidad utilizaremos los términos: GENETICAS y HEREDITARIAS, y ADQUIRIDAS.

A. CAUSAS GENETICAS Y HEREDITARIAS

Como su nombre lo indica, estas causas están determinadas por la herencia y sus manifestaciones pueden surgir en cualquier etapa del desarrollo del individuo. El término genético proviene de "genes", nombre de corpúsculos que integran los cromosomas celulares y son receptáculo de los caracteres hereditarios. En este grupo mencionaremos las manifestaciones más conocidas:

1. Mongolismo o Síndrome de Down:

En la estructura celular humana se cuentan 46 cromosomas, todos pareados. Por fenómenos de naturaleza aún desconocida, se manifiesta una alteración en el par N° 21, presentándose 3 cromosomas en vez de 2, lo que se conoce con el nombre de "trisomía cromosómica del par 21". Como consecuencia de este fenómeno se produce el MONGOLISMO O SINDROME DE DOWN. Va acompañado por un retardo mental que oscila alrededor de un C. I. 50. A este retardo mental básico se agrega una serie de rasgos somáticos característicos, tales como:

—Ojos rasgados hacia arriba y hacia afuera, con un pliegue en el ángulo interno llamado epicanthus.

—Malformación de la lengua grande y sobresaliente. (Lengua escrotal y macroglosia).

—Malformación y mala implantación de las orejas.

—Deformaciones de los dedos. En las manos, meñique encorvado hacia adentro.

—Cabeza redonda y plana en la región de la nuca.

—Hipotonía muscular.

—Piel áspera y seca (en algunos casos).

2. Factor RH:

Por estudios estadísticos en la raza blanca, se ha descubierto que el 85% posee en su sangre el factor Rhesus o Factor RH, que es un aglutinógeno presente en los glóbulos rojos. Este grupo es considerado como Rh positivo. El 15% restante carece de este factor, por lo que se denomina Rh negativo.

Cuando en la pareja humana, la madre posee sangre del grupo Rh negativo y el padre Rh positivo, se puede dar el caso de incompatibilidad sanguínea si el feto recibe el factor paterno. Cuando esto sucede el organismo de la madre crea anticuerpos, los que cumplen su función destruyendo los glóbulos rojos en el feto. A este fenómeno se le denomina eritroblastosis fetal, cuyo principal síntoma es la ictericia grave del recién nacido. Si se deja evolucionar la enfermedad, la ictericia puede impregnar los centros nerviosos, provocando un cuadro grave que va a significar la invalidez psicomotora del niño. El tratamiento consiste en un sustituir la sangre del niño apenas nace por Rh negativo (ex-sanguino-transfusión).

3. Epilepsia:

Se caracteriza por crisis convulsivas y espasmódicas que según su intensidad presentan diferentes cuadros. Su mayor particularidad estriba en ataques con cierta periodicidad, de duración breve y de rápida recuperación.

Considerando las causas de la epilepsia, se distinguen dos grandes grupos:

a) Epilepsia esencial o criptogenética.

b) Epilepsia secundaria o sintomática.

Por los medios actuales de investigación, en el primer caso, no se ha podido determinar ninguna causa, de ahí que criptogenética signifique "de origen oculto o desconocido". Puede ser heredada, sin embargo esto no es tan frecuente como habitualmente se cree.

El segundo caso corresponde con mayor propiedad a las causas adquiridas de Deficiencia Mental, ya que es producida por factores fáciles de determinar: tumores, traumatismo craneano, meningitis o encefalitis (muy frecuente en los niños), hemorragias cerebrales y otros procesos.

Los casos muy prolongados y graves pueden producir trastornos psíquicos que podrían desembocar en una debilidad mental, aunque la mayor parte de los epilépticos están en condiciones de desarrollar una vida normal.

4. Enzimáticas:

(Errores congénitos del metabolismo). Se debe dejar establecido que el término congénito no es sinónimo de hereditario, ya que algunos fenómenos pueden ser adquiridos durante el período prenatal. Congénito significa lo que trae al nacer su estructura celular.

Una de las principales causas enzimáticas la constituye el metabolismo alterado de los aminoácidos entre los cuales se cuenta principalmente la "fenilalanina" que al no ser asimilada convenientemente, interfiere al ácido fenil pirúvico el que queda como tóxico, y al acumularse en el cerebro, produce perturbaciones en el sistema nervioso central que derivan en convulsiones epileptoides y en la llamada oligofrenia fenil pirúvica o fenilketonuria

B. CAUSAS ADQUIRIDAS:

Como su nombre lo indica, estas causas se pueden presentar en cualquier período del desarrollo evolutivo, atendiendo a tres fases: pre, peri y post-natal. Asimismo, en un sentido horizontal se ha enfocado desde tres áreas, que a pesar de estar interrelacionadas las hemos parcelado en un afán netamente didáctico. Estas son: biológica u orgánica, psicológica y socioculturales.

1. Causas pre-natales:

a) **Area biológica:** Estas causas se presentan durante el período intrauterino y son transmitidas de madre a hijo. De un sinnúmero de causas se han considerado como las más representativas, las siguientes:

—**Desnutrición:** Es ampliamente difundido el conocimiento de que una alimentación completa y especialmente rica en vitaminas, durante el período de embarazo en la mujer, es factor importantísimo en el desarrollo del ser en formación, ya que éste depende de los aportes nutritivos ofrecidos por la madre. Demás está decir que si la dieta es de bajo poder nutritivo, no sólo producirá un cuadro de desnutrición en la madre, sino que substancialmente las consecuencias funestas las recibirá el ser en evolución, el que se verá disminuido en todos los aspectos de su desarrollo. Causa determinante de la Deficiencia Mental, la constituye la hipovitaminosis de la madre y como consecuencia la del feto, en la etapa pre-natal

—**Infecciosas:** En este grupo cabe destacar la **rubéola**, que es una enfermedad infecto-contagiosa viral que al actuar en el embrión da lugar a anomalías como sorderas, cegueras y debilidad mental, pues ataca preferentemente el sistema nervioso en formación. También se presenta la **sífilis**, como factor causal de deficiencia mental, ya que interviene por medio de lesiones específicas: artritis, parálisis, acciones distróficas como hidrocefalia, etc. Las manifestaciones pueden ser: congénitas precoces, tardías o ultratardías, dando como resultado trastornos de la inteligencia y del carácter.

—**Tóxicas:** Las intoxicaciones maternas repercuten forzosamente sobre el niño y son el origen de formas graves de deficiencias intelectuales, o de tipos muy particulares de éstas, como el atraso con inestabilidad.

Entre las intoxicaciones más corrientes, podemos citar algunas producidas por drogas (LSD, Thalidomide, etc.).

También se pueden citar intoxicaciones involuntarias por ingestión de medicamentos mal administrados (sin consulta médica); inhalación permanente de gases tóxicos (braseros, campamentos mineros del cobre, fábricas ubicadas en medios urbanos muy poblados, etc.).

—**Radiaciones:** Se ha comprobado que la exposición a diferentes radiaciones en la mujer embarazada, producen alteraciones irreparables en el sistema nervioso en formación. De ahí que se deba suspender todo tipo de tratamiento radioterapéutico o exposiciones a rayos X, por breves que sean, durante este período.

—**Traumatismos:** Estos pueden dar lugar a condiciones anormales del embarazo, siendo los más graves los abdominales, pudiendo producirse desprendimientos o semi-desprendimientos de la placenta y llevar consigo una insuficiencia permanente en la circulación fetal. También se pueden mencionar los intentos de aborto fallidos.

b) **Area Psicológica:** Se pueden considerar como factores posibles desde el punto de vista psicógeno, aquellos que inciden en el desarrollo del feto, produciendo insuficiencias tales como factores emocionales intensos y prolongados que, naturalmente, tienen su origen en múltiples aspectos (shock).

2. Causas peri-natales:

Desde todo punto de vista el nacimiento constituye un trauma para el ser que bruscamente es cambiado de ambiente. Varios aspectos ilustran esta aseveración, a saber: cambios bruscos de temperatura, presión, y la puesta en función de todos los órganos que dicen relación con la supervivencia del individuo.

—**Anoxia:** Llábase así a la falta de oxigenación a nivel de los tejidos, que puede ser consecuencia de asfixia o de dificultades en el transporte del oxígeno por la sangre. La carencia prolongada del oxígeno en el sistema nervioso central, puede producir diversas alteraciones.

—**Eritroblastosis o enfermedad hemolítica del recién nacido:** Este cuadro clínico se manifiesta en él, con el nombre de Ictericia, causado por la incompatibilidad sanguínea (factor Rh) explicado detalladamente en el rubro causas genéticas y hereditarias.

—**Traumatismos:** Constituye un factor frecuentemente ignorado, y cuyas consecuencias pueden tener cada vez mayor trascendencia. Cabe destacar, que las particularidades anatómicas de la madre, tales como estrechez de la pelvis, inercia uterina, contracciones violentas durante el parto, pueden dar lugar a problemas en el nacimiento. El mal uso de instrumentos tales como la aplicación de fórceps, también se considera como posible causal de Deficiencia Mental.

3. Causas post-natales:

a) Area Biológica:

—**Desnutrición:** Está comprobado que el desarrollo integral de un individuo depende principalmente de una alimentación rica en proteínas, minerales y vitaminas. Esto es determinante en la primera infancia del sujeto, pero la carencia de una alimentación equilibrada durante los primeros 6 a 8 meses provocará un cuadro clínico llamado desnutrición, manifestándose daños irreparables en el desarrollo psíquico, motor e intelectual. A modo de ilustración mencionaremos las consecuencias de una hipovitaminosis B, que puede desencadenar la enfermedad llamada polineuritis, cuyos síntomas más ostensibles son dolores a las extremidades producidos por alteraciones de los nervios periféricos. Se acompaña casi siempre de parálisis. En general, la vitamina B o antipoloneurítica está íntimamente ligada a los procesos nutritivos del sistema nervioso central.

—**Infecciosas:** Sabemos que las infecciones son producidas por agentes patógenos. Entre éstas se cuentan aquellas determinadas por bacterias, como la meningitis purulenta. Esta enfermedad es producida por el meningococo y se manifiesta en una inflamación purulenta de las meninges, pudiendo ocasionar daño cerebral. También las hay producidas por virus, tales como la encefalitis, que se caracterizan por dolores de cabeza, perturbaciones de la conciencia, signos neurológicos propios de las lesiones del encéfalo (hemiplejias, parálisis oculares, movimientos anormales).

Hay formas benignas de encefalitis que pasan espontáneamente en 2 ó 3 días, pero las hay graves, que pueden llevar a la muerte o dejar secuelas importantes como la Deficiencia Mental.

También hay enfermedades infecciosas producidas por protozoos como la sífilis; por hongos como la micosis, y por parásitos como en la triquinosis.

—**Tóxicas:** Entre los múltiples ejemplos de ellas se pueden citar las producidas por metales pesados (Hg, Pb, Mg). Hasta no hace mucho las pinturas blancas tenían un compuesto a base de plomo y cuando los niños mascaban o chupaban juguetes u objetos pintados de blanco terminaban intoxicados. También la aspiración de gases provenientes de lugares donde se trabaja con baterías de autos, pueden producir el mismo resultado.

La morfina, el alcohol y muchas otras substancias pueden provocar intoxicaciones agudas y crónicas y dañar el sistema nervioso, llegando en algunos casos hasta los centros cerebrales, produciendo una detención en el desarrollo normal.

—**Endocrinas:** El sistema endocrino está formado por un conjunto de glándulas que intervienen en la regulación y coordinación de las actividades celulares a través de sus secreciones que se vierten en el torrente sanguíneo. Estas substancias de gran actividad se llaman hormonas, así por ej.: la falta de desarrollo congénito de la tiroides produce el cuadro del cretinismo caracterizado por falta de inteligencia y desarrollo sexual. El tratamiento precoz y permanente de este defecto puede dar buenos resultados.

Las perturbaciones de la glándula hipófisis, sobre todo aquellas que se refieren a la hipofunción del lóbulo anterior, determina diversos cuadros clínicos. En el caso de la hormona del crecimiento, su falta o hipofunción acentuada, produce el enanismo; por el contrario, su exceso determina la acromegalia o gigantismo, ambas con incidencia en el sistema nervioso central y, por ende, en una deficiencia mental.

—**Vasculares:** Mediante las hemorragias, las trombosis (obstrucciones arteriales), las embolías y la arteriosclerosis pueden producir numerosas enfermedades del sistema nervioso central tanto agudas como crónicas y determinar alteraciones de la inteligencia

—**Procesos expansivos:** Los tumores y las colecciones líquidas que aumentan de tamaño como son algunos quistes (líquido) o hematomas (sangre), que cuando se sitúan debajo de la duramadre se llaman hematomas subdurales, causan con relativa frecuencia perturbaciones en el S. N. C. del niño.

—**Agentes físicos:** La exposición permanente de irradiaciones, los golpes traumáticos sobre el cráneo pueden ser causales determinantes de una D. M. tanto en el niño como en el adulto.

—**Sensoriales:** Debemos dejar establecido que en este rubro, no todas las causas pueden ser determinantes de una D. M. Se mencionarán sólo las siguientes: hipoacusia acentuada bilateral que corresponde a una sordera de ambos oídos. Si es adquirida en la primera infancia,

será factor determinante en la carencia de lenguaje en el niño, traduciéndose en un atraso intelectual.

b) Area psicológica:

—**Causas psicógenas:** Se destacan entre ellas los estados de angustia e inseguridad prolongados, los que son grandes productores de alteraciones tanto en el niño como en el adulto. Cuando una emoción, un estado de ánimo, un pensamiento, es decir, fenómenos psíquicos no se resuelven en actos aceptables dentro de la normalidad, sino que desembocan en manifestaciones anormales, somáticas o psíquicas, o bien ambas a la vez, hablamos de causas psicógenas.

c) Area socio-cultural:

—**Rechazo:** El hecho de que un niño se vea postergado por su padre, madre, o en forma extrema, incide en una inestabilidad emocional o en el desarrollo psicológico y social, quedando marginado en relación a sus otros hermanos o amigos, dando por resultado un pseudo deficiente mental.

—**Abandono:** En este sentido, la carencia afectiva del grupo familiar hacia el niño que se muestra inferior en su desarrollo general, induce a las personas que lo tienen a su cargo a internarlo en centros que permitan el desarrollo adecuado de sus capacidades en el mejor de los casos, por períodos bastante prolongados, desencadenándose un conflicto de orden emocional por la larga permanencia en estas instituciones debido a la carencia afectiva de parte de su familia, presentándose también un cuadro de pseudo deficiencia.

—**Desorganización familiar, bajo nivel cultural y bajo status económico:** La inestabilidad familiar causada por la desocupación, incompatibilidad conyugal, delincuencia, los frecuentes cambios de residencia y la vivienda inadecuada tienden a producir un efecto negativo sobre la adaptación del niño. Asimismo el bajo nivel cultural, al no ofrecer estímulos adecuados para el desarrollo traerá como consecuencia un retardo en el aprendizaje, maduración y adaptación posteriores.

CONCLUSIONES

Hacemos notar que la etiología de la deficiencia mental aquí presentada, está constituida por causas que intervienen con mayor frecuencia en los casos estudiados en nuestras escuelas especiales. Requieren de una comprensión total por parte del maestro que atiende a estos niños, para así desarrollar un programa especial que permita el desarrollo de aquellas áreas menos dañadas en el niño.

BIBLIOGRAFIA

- 1 "Cómo es el niño retardado y cómo enseñarle". Marión J. Erickson, Edit. Paidós. 1965.
- 2 "Psiquiatría Infantil". Dr. León Michaux, Edit. Luis Miracle. 1957.
- 3 "Deficiencias Intelectuales en el Niño". Dr. Claude Kohler, Edit. Luis Miracle. 1964.
- 4 Apuntes: "Maduración del Sistema Nervioso". Dr. Ricardo Olea, Prof. Cátedra Neuropatología. U. de Chile 1969
- 5 Apuntes: "Fisiología General y Patología Pediátrica". Dr. Roberto Infante, Prof. Cátedra de Fisiología y Patología Pediátrica. U. de Chile 1969.

Esc. Educ. Esp. N° 6:
—Melba Rojas
—Norma Munizaga

Esc. Educ. Esp. N° 32:
—Roberto Godoy
—Lautaro Valdebenito

VII CLASIFICACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL

A. GENERALIDADES:

"Cada país y cada escuela —escriben Demoor y Decroly—, tienen una clasificación particular, y no es posible establecer una sinonimia algo sería entre todas las terminologías adoptadas". Considerando las palabras de estos prestigiosos especialistas debemos tratar de determinar una clasificación, pues es imposible la labor rehabilitadora sin lograr encuadrar al niño dentro de una visión general.

1. Algunos antecedentes históricos:

Diversos autores a través de la historia, han clasificado a los deficientes mentales a base de factores etiológicos, anatómicos, patológicos, etc., entre ellos podemos distinguir a:

—**IRELAND:** (1880): Clasificó las diversas formas de retraso psíquico de acuerdo con el factor etiológico.

—**MEYNERT:** (1892); **BOURNEVILLE:** (1900): Estos dos investigadores y otros, intentaron defender el principio anatómico en la clasificación de la oligofrenia.

—**KOHLER:** Divide a los oligofrénicos en dos grupos: armónicos y disarmónicos. Entre este último grupo se cuentan:

- a) Tontos
- b) Inestables
- c) Neuróticos

—**LEDERMAN:** (Pedagogo alemán, 1925. Obra "Muletas Vivientes"). Señala que debe dársele importancia no sólo al grado de oligofrenia, sino también a los tipos de atraso mental y propone la siguiente clasificación:

- a) Inhibidos
- b) Inhábiles
- c) Desinhábidos

En general, él propicia que es necesario comprender la particularidad cualitativa de los diversos tipos de atraso mental que organiza la labor correctiva educativa.

B. CLASIFICACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL:

Con lo anteriormente expuesto, tenemos clara la dimensión del problema y su complejidad, la diversidad de clasificaciones y los diferentes puntos de vista que ellas consideran. Son muchos los intentos que han realizado los profesionales en nuestro país por lograr dar una visión más clara y completa al problema con un evidente interés pedagógico. En este trabajo expondremos lo que creemos será de utilidad práctica para los colegas que están desarrollando su labor profesional en esta difícil área de la educación especial.

Clasificaremos la deficiencia mental desde cuatro puntos de vista, e intentaremos una breve caracterización de cada uno de los grupos. Estas clasificaciones se complementan y de nada sirven aisladas, especialmente para el pedagogo que debe tener una amplia visión del deficiente mental, para el mejor desempeño de su labor terapéutica.

1. Clasificación desde el punto de vista psicológico y pedagógico:

a) **Débil Mental:** Aquí se consideran los casos que presentan una edad mental entre 7 y 12 años y un C. I., que varía entre 50 y 80. Desde un punto de vista pedagógico, los débiles mentales corresponden al grupo **Educable**, y se caracterizan porque se puede utilizar con ellos métodos pedagógicos especiales y lograr un rendimiento general correspondiente a un 2º grado de un programa educacional normal.

b) **Imbecilidad:** Corresponden a los casos cuya edad mental varía entre los 3 y 7 años y cuyo C. I. fluctúa entre los 30 y 50. Desde el punto de vista pedagógico este grupo es considerado como **entrenables** y se caracterizan porque son incapaces de manejarse en los asuntos cotidianos y necesitan casi constante supervisión; pueden hablar, pero demuestran gran incapacidad para la lectura y escritura. Para ellos se requiere un tratamiento terapéutico muy especial e instituciones adecuadas.

c) **Idiocia:** Aquí se consideran los casos que presentan una edad mental entre 0 y 3 años, y un C. I. que varía entre 0 y 30. De acuerdo a la codificación pedagógica este grupo corresponde a los **Custodiabiles** y se caracterizan por ser tan profundamente defectuosos, que son incapaces de protegerse de los peligros físicos ordinarios. Su lenguaje se reduce a gritos guturales y requieren de internados especializados para su protección.

2. Clasificación desde un punto de vista profesional:

a) **Semi-diestro:** Edad mental de 7 a 12 años, y C. I. entre 50 y 80. En este grupo se encuentran los casos que están en condiciones de sobrellevar su propio peso y de participar en el desarrollo económico del país con alguna orientación y supervisión adecuada. Para ello se requiere de la organización de multitalleres y talleres adjuntos a las escuelas especiales.

b) **Poco-diestro:** Edad mental de 3 a 7 años, y C. I. de 30 a 50. Este grupo puede desempeñar algunas tareas pequeñas bajo una vigilancia directa. Necesitan de una automatización muy acentuada y su entrenamiento debe ser muy organizado.

c) **Dependiente:** Edad mental de 0 a 3 años y C. I. de 0 a 30. Profesionalmente este grupo es el de menos perspectivas y como su nombre lo indica, siempre dependerán en todo su aspecto de los familiares, instituciones o del Estado.

3. Clasificación desde el punto de vista social:

a) **Adaptable:** Edad Mental de 7 a 12 años, C. I. de 50 a 80. Se caracterizan por tener un nivel más alto de sociabilidad, no existiendo mucha diferencia con los niños normales en los casos de C. I. más elevado. Pueden desarrollar algunos trabajos en grupo y potencialmente tienen algún sentido de solidaridad y ayuda a sus compañeros de curso.

b) **Poco-adaptable:** Edad Mental de 3 a 7 años, C. I. de 30 a 50. Como su nombre lo indica, este grupo tiende más al aislamiento, muy poco sociables, sus relaciones con el medio son elementales y de carácter esencialmente afectivo.

c) **Inadaptable:** Edad Mental de 0 a 3 años y C. I. de 0 a 30. Los casos agrupados en esta clasificación no tienen mayor contacto con el medio, sus reacciones son primarias y negativas, por lo tanto necesitan un alto estímulo para lograr alguna relación que los vincule en alguna medida con el mundo exterior.

4. Cuadros esquemáticos:

Presentamos a continuación dos cuadros esquemáticos. El primero corresponde a las cuatro clasificaciones anteriormente desarrolladas.

El segundo cuadro se refiere a una clasificación y desarrollo de los retardos mentales presentada por el Comité Secretarial sobre Retardo Mental en los EE. UU. del año 1968. Hemos presentado este último cuadro por considerarlo en extremo valioso para el mejor conocimiento de la Deficiencia Mental y por ser ésta una clasificación que está ampliamente caracterizada dándonos una visión evolutiva de cada uno de los grupos.

CUADRO Nº 1

Edad Mental	ANTECEDENTES PSICOLOGICOS		DIVERSAS CLASIFICACIONES		
	Cuociente Intelectual	Clasific.	Pedagógica	Profesional	Sociales
7-12	50-80	Def. Mental	Educable	Semidiest.	Adaptab.
3-7	30-50	Imbecilidad	Entrenabl.	Pocodiest.	Poco-Adap.
0-3	0-30	Idiocia	Custodiab.	Dependiente	Inadap.

(CUADRO Nº 2 EN LA PAGINA SIGUIENTE)

CONCLUSIONES

- 1 La disparidad de criterios en la clasificación de la deficiencia mental, ha creado graves confusiones en torno a ella.
- 2 Una clasificación de deficiencia mental, tenía importancia especial de acuerdo al tipo de tratamiento que se aplique.
- 3 Desde el punto de vista psicopedagógico, una clasificación basada en baterías de tests, observaciones directas y estudio de antecedentes, dará las orientaciones de tratamiento adecuado a cada nivel, determinando "niveles de desarrollo en todas las áreas afectadas".
- 4 Didácticamente, es necesario situar a cada niño dentro de una visión general de la deficiencia mental, aun cuando ese lugar tenga un valor relativo.
- 5 Cada integrante de un equipo de reeducación psicopedagógica debe tener una visión clara, concreta y completa del problema de la clasificación de la deficiencia mental.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 "PSICOPEDAGOGIA INFANTIL Y CORRECTIVA"
María Pevzner Moscú. 1968
- 2 REVISTA: "EL NIÑO LIMITADO"
Nºs.: 4, 5, 6, de 1969
- 3 "DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO"
Gessell y Amatruda
- 4 "COMPENDIO DE PSIQUIATRIA"
Mira y López
- 5 "LA INFANCIA IRREGULAR, PSICOLOGIA CLINICA"
L. Bourrat y otros

CLASIFICACION Y DESARROLLO DE LOS RETARDOS MENTALES
COMITE SECRETARIAL SOBRE RETRASO MENTAL EN LOS EE. UU.
CUADRO Nº 2

GRADO DE RETARDO MENTAL	EDAD PREESCOLAR: 0-5 años. MADUREZ Y DESARROLLO.	EDAD ESCOLAR: 6-20 años. ADIESTRAMIENTO Y EDUCACION	ADULTO MAYOR DE "21 AÑOS" ADAPTACION SOCIAL Y VOCACIONAL
PROFUNDO	Gran atraso; capacidad mínima para el funcionamiento de áreas senso motoras; necesitan los cuidados de enfermera.	Algún desarrollo del movimiento puede responder al adiestramiento mínimo o limitado sobre el cuidado personal.	Algún desarrollo del movimiento y del hablar articulado; puede adquirir habilidad muy limitada para el cuidado personal; necesitan los cuidados de una enfermera.
SEVERO	Poco desarrollo del movimiento; mínima habilidad para el habla articulada; generalmente no obtienen provecho del adiestramiento para el cuidado personal; poca o ninguna habilidad de comunicación.	Pueden hablar o aprender a comunicarse con sus semejantes; pueden ser adiestrados en los hábitos elementales de la higiene; obtienen provecho del adiestramiento sistemático para adquirir hábitos.	Pueden contribuir especialmente a su mantenimiento bajo supervisión estricta; pueden desarrollar habilidad para la protección personal a un nivel mínimo en un ambiente controlado.
MODERADO	Pueden hablar o aprender a comunicarse con sus semejantes; poca conciencia social; tienen buen desarrollo motor; pueden obtener provecho del adiestramiento para el cuidado personal; pueden ser manejados con supervisión moderada.	Obtienen provecho del adiestramiento en habilidades sociales y ocupacionales; en su mayoría no avanzan más que hasta el 2º grado en materia académica; pueden aprender a viajar solos en lugares familiares.	Pueden lograr mantenerse a sí mismos en trabajos que requieren poco o ningún adiestramiento, bajo cuidados; necesitan supervisión y guía cuando se encuentran bajo presiones sociales o económicas.
BENIGNO	Pueden desarrollar habilidades sociales y comunicación; retraso mínimo en áreas senso motoras; a menudo no se les distingue de los niños normales hasta que llegan a una edad más avanzada.	Pueden adquirir habilidades académicas equivalentes a aproximadamente el 6º grado a los 18 ó 19 años. Pueden ser guiados hasta estar normalmente en la sociedad.	Generalmente pueden adquirir habilidades sociales y vocacionales para mantenimiento mínimo, pero pueden necesitar guía y asistencia cuando se encuentran bajo presión social poco usual.



EDITORIAL GONZALEZ PORTO LTDA.

Miraflores 109 - Fono 381477

Casilla N.º 165-D - SANTIAGO

UTEHA OFRECE EN PSICOLOGIA LOS SIGUIENTES TITULOS:

ERISMANN	Psicología General, I MU, N.º 2.
ERISMANN	Psicología General, II MU, N.º 21/a.
HOFSTATTER	Psicología Social, MU, N.º 26/a.
PONCE	Psicología de la Adolescencia, MU, N.º 41.
MIOTTO	Trastornos de la Personalidad, MU, N.º 52.
SERVADIO	Los Sueños, MU, N.º 58.
MIOTTO	El Psicoanálisis, MU, N.º 119.
ZOLLA	Antología del Psicoanálisis, MU, N.º 140.
ERISMANN	Psicología General, III MU, N.º 194.
LAZARUS	Personalidad y sus Ajustes, MU, N.º 258/a.
MUELLER	Psicología Sensorial, MU, N.º 260/a.
HOCHBERG	Percepción, MU, N.º 261/a.
MEDNICK	Aprendizaje, MU, N.º 262/a.
LAMBERT	Psicología Social, MU, N.º 264/a.
GREEN	Psicología de la Enseñanza, MU, N.º 266/a.



**MATERIALES
DIDACTICOS
MELCHER**
Marcel Duhaut 2877
Santiago de CHILE

Teléfono: 495455

**APARATOS PARA
LABORATORIOS
DE ALUMNOS**

ofrece para

FISICA 3er. año de educación media
marcadores de tiempo (timer) que operan con
220 volts y marcan 1/50 seg.

carritos tipo P. S. S. C.

papel para registrar, prensas, papel milimetrado.

EXPERIENCIAS PARA EL DESARROLLO Y EJERCITACION DE CONDUCTAS MOTRICES REALIZADAS EN LA ESCUELA N° 32

Las actividades se han organizado de acuerdo a las necesidades de la escuela y de los grupos:

- a) **Grado parvulario**, en el cual se insiste en el desarrollo de las diferentes conductas motrices.
- b) **Grado escolar**, en el cual hay mayor dedicación a la gimnasia, pero sin descuidar el aspecto psicomotor.
- c) **Grado talleres**, en que se trata de combinar al máximo ambas actividades.

Sin descuidar en ningún momento el trabajo correctivo que involucra la actividad se pretende que a través de su paso por el grado parvulario, en sus diferentes niveles, el niño logre alcanzar un buen resultado en los aprendizajes escolares posteriores.

Se comienza con el desarrollo, ejercitación y afianzamiento de las conductas motrices de base (marcha, equilibrio, coordinación dinámica general y óculomanual), para alcanzar el máximo posible en las conductas perceptivo motrices (organización del espacio, del tiempo, ritmo). Como primera medida y de acuerdo a planteamientos de Wallon se considera al conocimiento, con representación, y diferenciación de sí mismo como base indispensable en la formación de la personalidad.

A esta imagen y representación de sí mismo y su relación con el mundo exterior el Dr. Le Boulch, le denomina esquema corporal.

Rossel opina que: "la imagen de sí mismo" se construye en base a las representaciones que tienen del mundo exterior, esta imagen es transitoria, que se modifica y perfecciona a medida que se modifican y perfeccionan las representaciones exteriores que se tengan y que éstas, en última instancia, obedecen a transformaciones en las estructuras mentales.

Esta estructuración mental corresponde a partes de la imagen corporal que el individuo puede representarse (valga aquí un alcance al test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana de Florence Goodenough).

Al niño no le basta saber que tiene un brazo o una pierna, sino que en último caso interesa que el niño logre integrar a sí mismo lo que con esos miembros es capaz de realizar. De esta manera, nos acercamos nuevamente a lo esencial que es el conocimiento de sí mismo y su relación con el mundo exterior.

La representación del esquema corporal debe organizarse en directa relación con la representación que se tenga del espacio y del tiempo.

La manera más directa de conocer el espacio es a través del movimiento y la toma de conciencia del movimiento no está en el movimiento en sí, sino que en la conciencia del espacio que ocupa dicho movimiento.

En el niño el espacio está íntimamente ligado al yo, es originalmente un aspecto de la conciencia de su cuerpo. El espacio termina donde termina su cuerpo.

Desde un comienzo la toma de conciencia del espacio está ligada a un espacio personal de acción, de ahí que en un principio el movimiento constituye simplemente una actividad motora ligada a la manipulación, pero cuando logra desligarse de ella, recién es capaz de tener una

representación del espacio y así podrá realmente darle un fin y control al movimiento.

Así como la integración y representación del espacio es netamente egocéntrico, lo mismo ocurre con la adquisición de la noción de tiempo, éste lo construye como un elemento discontinuo y determinado por las cualidades afectivas y concretas que para él tengan.

El día lo separará, en desayuno, juego, siesta, etc. y el año en la playa, el cumpleaños, la Pascua.

Poco a poco irá desprendiéndose de esta concepción egocéntrica del tiempo para evolucionar a un esquema universal partiendo del yo, luego su medio familiar, hacia concepciones más generales.

Ya se dijo que el niño adquiere, mantiene y desarrolla la imagen de su cuerpo por medio del movimiento. Para afianzar el esquema corporal es imprescindible repetir movimientos y para que ello no produzca fatiga es necesario introducir el ritmo, sólo él logrará hacer de esta repetición placentera; si se consigue esto el niño podrá hacer transferencias de aprendizaje hacia otros movimientos, haciéndolos ágiles y espontáneos.

Todo lo dicho anteriormente valga como una fundamentación de sólidas bases científicas para entregar a Uds. un esbozo de las actividades prácticas que se pueden realizar.

El desglose de actividades se hace solamente con fines de jerarquización didáctica, puesto que en la práctica en ningún momento podemos desligarlas de la simultaneidad con que se dan.

Por ejemplo, en cuanto a esquema corporal el niño deberá conocer e identificar en sí mismo, en los demás y así lograr paulatinamente una concepción más abstracta de la figura humana.

También podemos ejemplificar la marcha; primero se hará como una actividad libre, pero lentamente el educador deberá darle intencionalidad con desplazamientos amplios hacia adelante, atrás, en círculos, etc. y luego circunscribirlos en el plano para así lograr movimientos más finos y precisos.

Para mayores ejemplos e informaciones véase la guía anexa que se entrega.

En cuanto a la planificación de la clase misma, en un comienzo se prefirió las actividades en forma de juego, pero en muchos casos resultó contraproducente pues disminuyó la atención y efectividad del ejercicio y aumentó la excitación.

También se presenta un inventario de destrezas con el fin de tomarlas como un punto de referencia para planificación del trabajo, evaluaciones periódicas y también en estudios comparativos posteriores.

GUIA PARA INDEPENDENCIA Y PRECISION DE LOS MIEMBROS SUPERIORES COMO PREPARACION A LA ESCRITURA

Sentados frente a frente, alumno imita gestos del profesor.
1. Movimientos de brazos; arriba, a los lados, oblicuos, etc. (simétricos). Debe volverse a una posición de descan-

- so después de cada ejercicio.
2. Subir y bajar hombros.
 3. Imitar vuelo de aves.
 4. Decúbito ventral; imitar movimientos de natación.
 5. Repetir de uno a cuatro, pero con brazo dominante.
 6. De pie. Realizar oscilaciones laterales, antero-posteriores, con ambos brazos, luego sólo dominante.
 7. Realizar circunducciones con brazo dominante.
 8. Realizar diversos ejercicios de precisión con brazo dominante.
 9. Sentado frente a una mesa, apoyo del codo, levantar ambos antebrazos, alternados, sólo dominante.
 10. Igual posición levantar sólo manos.
 11. Deslizar manos por sobre la mesa.
 12. Idem manteniendo fijo el codo.
 13. Igual posición que en 10, levantar sólo dedos.
 14. Abrir y cerrar manos (puñetes).
 15. Deslizar dedos.
 16. Caminar con dedos (arañitas).
 17. Diversas ejercitaciones de pinza pulgar índice.
 18. Ejercitar pinza con los otros dedos.
 19. Realizar ejercicios de dactilo-pintura.
 20. Introducir al cuaderno.

JORGE OSORIO GALLEGUILLOS,
Prof. Especial Educación Física,
Centro Experimental de Desarrollo.

GUIA PARA EL DESARROLLO Y EJERCITACION DE CONDUCTAS MOTRICES

Antes de entregar algunos ejercicios es conveniente hacer algunas consideraciones.

La presente guía es una sistematización de algunos ejercicios puestos en práctica en el CED.

Se han basado en experiencias extranjeras; y no siempre se ha contado con los elementos para cumplirlas fielmente.

Las clases obligatoriamente deben ser colectivas e incluso en aquellos casos de C. I. bajo (25-50) a pesar de ser necesariamente individuales se ha debido proceder en igual forma.

Las sesiones han sido una o dos veces a la semana.

Siempre se ha contado con la colaboración activa y participante del profesor de grupo, quien a su vez ha continuado con aquellos ejercicios que se le han indicado.

También se ha entregado a padres algunas ejercitaciones. La presente ordenación se ha realizado siguiendo las etapas sucesivas del desarrollo motor.

Se pretende que las adquisiciones básicas de la educación psicomotriz sean desarrolladas y ejercitadas en el grado parvulario para así alcanzar mejores éxitos en los aprendizajes intelectuales y sólo afianzar en los grados posteriores.

Grado Parvulario

- I. Conductas motrices de base.
 - 1) Conocimiento de su propio cuerpo
 - 2) Marcha
 - 3) Equilibrio
 - 4) Respiración
 - 5) Coordinación dinámica general
 - 6) Coordinación óculo manual

- II. Conductas Neuromotrices
 - 1) Afianzamiento de la lateralidad

- III. Conductas perceptivo-motrices
 - 1) Organización y estructuración temporoespacial
 - 2) Educación del ritmo

Desarrollo:

I. Conductas motrices de base.

1) Esquema Corporal

- 1.1.) Identificar en sí mismo. Cabeza, tronco, extremidades. Realizar movimientos con estos miembros, sirviendo como modelo el profesor; marcar con una acentuación rítmica la fase de realización y con un silencio la de relajación.
- 1.2.) Identificar en los demás (tocar, mover, etc.).
- 1.3.) Identificar en un muñeco.
- 1.4.) Identificar en figuras de revistas.
- 1.5.) Dibujar.
- 1.6.) Completar dibujos. Proceder de igual forma con cualquier miembro o parte.

2) Marcha (caminar)

- 2.1.) Caminar libremente por el espacio.
- 2.2.) Caminar hacia un sitio determinado (puerta, pizarra).
- 2.3.) Caminar y volver hacia diferentes lugares.
- 2.4.) Caminar en filas.
- 2.5.) Caminar en círculos, zig-zag, etc.
- 2.6.) Caminar con pasos largos, cortos.
- 2.7.) Idem., con pies entalcados (mojados, enharinados) mostrar la diferencia de pasos largos y cortos.
- 2.8.) Dibujar los pasos que da el niño (el profesor marca).
- 2.9.) El niño camina por sobre sus pasos marcados.
- 2.10.) Caminar sobre papeles, cartones, géneros, etc. colocados a intervalos largos y cortos.
- 2.11.) Dibujar en papel los pasos.
- 2.12.) Caminar por sobre un tablón.
- 2.13.) Caminar sorteando obstáculos con alguna altura (bastones, bolsas de arena, cordeles). Distribución regular.
- 2.14.) Distribución irregular de obstáculos.
- 2.15.) Agregar a los ejercicios anteriores ritmo (percusión).
- 2.16.) Cambios de ritmo, detenerse al golpe.
- 2.17.) El niño ejecuta los ejercicios según su patrón rítmico.
- 2.18.) El niño ejecuta ejercicios con patrón entregado por el profesor (negra y silencio respectivo en compás de 4/4).

3) Equilibrio

Según la Escuela Americana de Pedagogía, equilibrio es la habilidad para sostener el control del cuerpo al usar ambos lados simultáneamente, individualmente o alternativamente.

La habilidad para sostener el equilibrio es elemental para todas las actividades motoras básicas.

Si un niño tiene buen equilibrio podrá actuar de modo más integrado librándose de la formulación del acto consciente y en esta forma aprenderá a concentrarse mucho mejor en las funciones superiores abstractas.

- 3.1.) Gateo arrastrándose (apoyo anterior de las manos, rodillas llegan a ellas en forma simultánea).
- 3.2.) Gateo con cuatro apoyos (coordinado).

- 3.3.) Gateo avanzando pie y mano del mismo lado.
- 3.4.) Marcar una franja en el piso de 30 cm. de ancho, colocar un disco o señal a la altura de los ojos del niño. Avanzar sobre ella.
- 3.5.) De pie, subir y bajar talones.
- 3.6.) Mantenerse en puntillas cinco a diez segundos.
- 3.7.) Elevar una pierna sujetar rodilla con un bastón.
- 3.8.) Repetir manteniéndose cinco segundos.
- 3.9.) Repetir con brazos extendidos o adelante.
- 3.10.) Repetir en la franja.
- 3.11.) Balanceo adelante atrás (puntillas talón).
- 3.12.) Repetir desde 3.5) en un tablón de 3,20 m. de largo por 25 cm. de ancho y 5 de grosor.
- 3.13.) Idem sobre una línea.
- 3.14.) Avanzar sobre la franja de lado (avanza izq. se le une derecho).
- 3.15.) Repetir avanzando derecho.
- 3.16.) Caminar hacia atrás.
- 3.17.) Caminar como en 3.14 y 3.15.
- 3.18.) Avanzar con peso sobre la cabeza.
- 3.19.) Repetir con peso adicional 3.14 y 3.15.
- 3.20.) Repetir sobre el talón desde 3.5.
- 3.21.) Repetir desde 3.5 sobre una línea.
- 3.22.) Elevar poco a poco el tablón repetir desde 3.5.
- 3.23.) Arrodillarse sobre la franja.
- 3.24.) Arrodillarse sobre el tablón.
- 3.25.) Arrodillarse sobre el tablón en altura.
- 3.26.) Avanzar y retroceder sorteando obstáculos sobre el tablón.
- 3.27.) Elevar rodilla con peso adicional en las manos, en la cabeza, en la franja, en el tablón, en la línea, en altura.

4) Carrera.

La carrera es una progresión acelerada en que el cuerpo se lanza por impulsión enérgica de la pierna al final del apoyo. Se diferencia de la marcha en que en el momento de doble apoyo es reemplazado por el de suspensión, durante el cual el cuerpo está en el aire. La flexión de las rodillas es más acentuada que en la marcha y el apoyo en el suelo se hace en la punta del pie y no con el talón. Hay mayor flexión de brazos.

Se supone que hay mayor equilibrio.

- 4.1.) Elevar rodillas. (En el puesto).
- 4.2.) Marcha elevando rodilla.
- 4.3.) Marcha elevando rodillas por entre cajones o bastones apoyando punta de pie.
- 4.4.) Repetir, sobre cajones.
- 4.5.) El profesor marca ritmo de trote, el niño ejecuta en el puesto.
- 4.6.) Idem en el suelo, sobre tablón.
- 4.7.) Profesor marca ritmo de carrera; el niño repite como 4.5., 4.6.
- 4.8.) Correr en forma libre.
- 4.9.) Correr sorteando obstáculos regulares, colocados a intervalos variables.
- 4.10.) Correr a diferentes ritmos.
- 4.11.) Correr escalones ascendentes y descender.

5) Salto.

- 5.1.) Apoyo de manos sobre una mesa (plinto, banco). Caer en ambos pies; vigilar caída con flexión de rodillas y punta de pié. Repetir varias veces.
- 5.2.) Subir con impulso sobre un elemento (cajón bajo).
- 5.3.) Subir apoyando manos y caer de rodillas sobre el aparato que se use.

- 5.4.) Subir y bajar de un aparato, cajón pequeño sin dejar de apoyar manos en la mesa.
- 5.5.) Subir sobre un cajón caer sin apoyo flectando rodillas.
- 5.6.) Elevar gradualmente de altura.
- 5.7.) Salto hacia adelante, atrás, izquierda, derecha.
- 5.8.) Posición cuatro apoyos, salto de conejo. Impulso y caída en ambos pies.
- 5.9.) Salto de obstáculos (cajones, cuerdas, bastones), con uno o dos pies.
- 5.10.) Salto en forma libre.
- 5.11.) Competencias de salto.

6) Respiración.

- 6.1.) Inspiración nasal, espiración bucal, constatar ambas situaciones.
 - 6.2.) Constatar colocando las manos sobre el pecho (inspiración y espiración lenta).
 - 6.3.) Inspirar tapando un orificio nasal, espiración bucal.
 - 6.4.) Inspiración nasal; espiración bucal, mover un objeto (papel, bolita).
 - 6.5.) Inspiración nasal, espiración bucal emitiendo un sonido a, o, e.
 - 6.6.) Inspiración nasal, espiración bucal emitiendo un sonido fuerte o débil.
- Se insiste con mayor énfasis en tratamiento fonoaudiológico.

7) Coordinación dinámica general y segmentaria.

- 7.1.) Transportar objetos livianos, pesados, grandes, chicos.
- 7.2.) Seguir con el cuerpo desplazamiento de izquierda a derecha de algún objeto, pelota (de frente a él).
- 7.3.) Seguir con el cuerpo desplazamiento de una línea en el pizarrón.
- 7.4.) Idem seguir con brazos.
- 7.5.) Idem seguir con piernas.
- 7.6.) Seguir con cuerpo, brazo, pierna, mirada, diferentes trayectorias.
- 7.7.) Ejercicio de lanzamiento. Profesor lanza. Profesor lanza objeto, alumno recibe con dos manos. Profesor lanza, alumno recibe con una mano. Alumno lanza con dos manos. Alumno lanza con una mano (dominante). Alumno lanza con dos, con una mano hacia un dibujo u objeto (círculo, canasto, mesa). Alumno lanza con dos manos pelotas arrastradas. exige poco a poco mayor precisión.
- 7.8.) Repetir ejercicios de 7.7., pero realizados con piernas (primero dominante).
- 7.9.) Botear diferentes pelotas.
- 7.10.) Competencias de precisión.

II.) Conductas neuromotrices.

1) Afianzamiento de la lateralidad.

- En todos aquellos ejercicios que requieran el uso de un lado preferia y exija el uso del lado dominante.
- 2) Realice diversos ejercicios de percepción de: colores, sonidos, volumen, formas, peso, etc. Utilizar como material pelotas de diferentes tamaños y colores, bastones, cartones, bolsas de arena, etc.
 - 3) Conductas perceptivo motrices.

- 1) Organización temporo-espacial, educación del ritmo.
- 1.1.) Desplazamiento en diferentes direcciones (adelante, atrás,) con un ritmo dado (rápido, lento).
- 1.2.) Posición de pie, tocar diferentes partes del cuerpo ubicándolas arriba, abajo, izquierda, derecha.
- 1.3.) Ubicar objetos en la sala, posición de pie.
- 1.4.) Ubicar partes del cuerpo y objetos de la sala en posición decúbito dorsal.
- 1.5.) Decúbito abdominal.
- 1.6.) Colocarse en una posición dada con respecto a un compañero.
- 1.7.) Idem con respecto a objetos.
- 1.8.) Desplazamientos en relación a un aparato.
- 1.9.) Desplazamiento siguiendo indicaciones en el suelo (con objetos).
- 1.10) Idem con líneas.
- 1.11) Idem con líneas reduciendo el espacio.
- 1.12) Idem con gráficos en la pizarra en hojas de cuaderno.
- 1.13.) Emitir un sonido con diferente intensidad y duración.
- 1.14.) Caminar a diferentes velocidades.
- 1.15.) Caminar, golpear, gritar, saltar al pasar frente a un objeto.
- 1.16.) Idem antes, después.
- 1.17.) Golpear fuerte o débil frente a objetos grandes o pequeños.
- 1.18.) Imitar con manos o pies ritmos marcados por el profesor.
- 1.19.) Graficar emisión de sonidos y silencios.
- 1.20. Crear series rítmicas sencillas. Ejecución de ellas.

INVENTARIO DE DESTREZAS

I. Actitud frente a la actividad

1. Participa
con interés
sin interés
obligado

II. Diagnóstico kinésico

III. Destrezas.

1. Gateo
arrastrado
con 4 apoyos
con 2 apoyos
2. Marcha
normal
vacilante
otra característica
3. Trote
es capaz de trotar
galopa
4. Repita
abdominal
dorsal
5. Carrera
normal
flecta rodillas
6. Salto
realiza impulso
Caída
flecta rodillas

no flecta rodillas

7. Equilibrio

—Terreno
avanza entre paralelas
retrocede entre paralelas
sortea obstáculos
se sostiene pierna derecha
idem pierna izquierda

—Sobre una línea
avanza
retrocede
sortea obstáculo
se sostiene pierna derecha
idem pierna izquierda

—Altura
avanza
retrocede
sortea obstáculo
se sostiene pierna derecha
idem pierna izquierda

IV. Juegos

juega
con sus compañeros
con sus compañeras
no juega
comprende los mecanismos
respeto las normas
—Tipos de juegos que prefiere
violentos
tranquilos
—Prefiere algún deporte

Funciones específicas

1. Esquema corporal

—Cabeza
frente
tronco
cejas
pestañas
nariz
boca
labios
dientes
lengua
mejillas
mentón
cuello
pelo
orejas

—Tronco
pecho
espalda
columna
costillas
hombros
axila
abdomen
cintura
cadera
nalgas
ombligo

—Extremidades
brazo
antebrazo

codo
muñeca
mano
dedos
pierna
muslos
rodilla
pantorrilla
tobillo
pie
talón
planta
empeine

2. Orientación espacial

arriba abajo
abajo
adelante
atrás
derecha
izquierda
derecha
entre
dentro
fuera
sobre
bajo

3. Ritmo
sigue un ritmo
no sigue un ritmo
lleva compás
realiza dibujo rítmico
—Repite y comprende
fuerte débil
débil
rápido
lento
crescendo
descrecendo
marca acento
negra
corchea
blanca
redonda
silencio de:
negra
blanca
redonda
crea y expresa combinaciones
rítmicas sencillas

Jorge Osorio G.
Profesor Especial de Educación Física
Centro Experimental Desarrollo

**EDITORIAL
ANDRES BELLO**



Ahumada N.º 131 - 4.º piso
Teléfono 64600 Casilla 4256

UNA OBRA QUE USTED DEBE LEER:

SEXO Y EDUCACION SEXUAL

Por el Doctor Hernán Romero

(Miembro de Número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile. Profesor y Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile).

"Con veracidad inmaculada acostumbro afirmar que, a pesar de ser médico desde hace cerca de 40 años, nunca me enseñó nadie nada acerca de sexo". (Dr. Hernán Romero).

El doctor Romero descubre la cortina del silencio sobre este tema considerado "tabú" hasta hace muy poco en la gran mayoría de los países occidentales, en especial los de habla hispana. Materias como el "tabú" del sexo, el desarrollo psicosexual, la educación sexual y la conducta en las distintas edades, la posición de la Iglesia, etc., son tratadas con gran acierto en esta interesante obra: VOLUMEN DE 94 PAGINAS: Eº 40.

En venta en las principales librerías del país. Ventas directas y contrarrembolso. Solicite catálogos.

DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

I. Introducción

Generalmente, para la mayoría de las personas, la limitación que produce la sordera se reduce a sus efectos en el lenguaje, sin enfatizar su influencia en otros aspectos del comportamiento.

Una de las tareas del psicólogo que se dedica al estudio de niños sordos, es destacar la manera como la desviación sensorial altera las pautas del desarrollo psíquico y la adaptación al medio.

La educación del niño sordo debe conocer y permitir superar las limitaciones que causa la pérdida auditiva en la personalidad, y que exceden en gran medida el problema del lenguaje, para que así el niño sordo pueda alcanzar un desarrollo integral.

II. Diagnóstico psicológico en el niño sordo:

Dimensiones que comprende:

Al igual que todo estudio psicológico infantil consta de tres dimensiones generales, las que señalaremos a grandes rasgos destacando aquellos aspectos que son más pertinentes al estudio del niño sordo:

a) Estudio del niño que se plantea a través de:

—entrevista del niño y observación clínica de su conducta.

—técnicas psicológicas.

Sobre estos puntos volveremos posteriormente.

b) Estudio del ambiente familiar e historia del niño.

1) Captación del ambiente psicológico que rodea al niño a través de entrevistas psicológicas, especialmente de las figuras parentales (normalidad, madurez de estas; normas educativas del hogar, etc.).

2) Obtención de la historia del niño. Los rubros investigados son los usuales, haciendo énfasis en aquellos que permitan indicarnos la etiología del problema (antecedentes hereditarios, embarazo y parto, enfermedades infecciosas —meningitis, sarampión, etc.— medicamentación administrada, etc.), se investigarán rubros que puedan indicarnos el tipo de sordera que sufre el menor, se intentará apreciar índices para el diagnóstico diferencial con otros cuadros. Se captará el desarrollo motriz, afectivo y social del niño, subrayando los aspectos de desarrollo de audición y lenguaje.

3) La evaluación del ambiente familiar en cuanto a sus posibilidades de modificaciones, de aspectos negativos y al logro de la cooperación de dicho ambiente en la rehabilitación. Es conveniente observar la comprensión y reacción de los padres frente a la deficiencia del niño y ante algunos aspectos específicos de la información requerida en la historia. Se debe manejar los sentimientos penosos que comúnmente se manifiestan como ansiedad, culpa, agresión, etc.

A través de este contacto se establecerá una buena relación entre el establecimiento y los padres, y se les dará toda la información que ellos requieran manteniéndose en un plano equilibrado de objetividad.

c) Estudio de la historia y situación escolar:

Este aspecto es especialmente importante en los estudios de corroboración diagnóstica, o sea, los estudios psicológicos posteriores al ingreso del niño a un sistema de rehabilitación. Se investiga:

1) Estructura pedagógica misma, métodos, sistemas disciplinarios, sistemas de evaluación, etc.

2) Captación del profesor en cuanto a flexibilidad, madurez, preparación, etc.

3) Contexto social escolar, grado de integración del niño al grupo, por ejemplo: si existe desnivel sociocultural, desnivel con respecto a la edad cronológica, etc.

III. Observación psicológica

a) **Generalidades:** Volviendo a la primera dimensión diagnóstica, o sea, al estudio propiamente del niño, nos centraremos en la observación de la conducta, ya que la entrevista raramente es posible realizarla debido a la limitación del niño en su lenguaje.

La base de la observación son los conocimientos de **psicología evolutiva** que nos dan a conocer las pautas del desarrollo normal, lo esperado a cada edad (a través de esto podremos evaluar al niño en cuanto a su madurez en los aspectos emocionales, sociales, intelectuales, motrices, etc.). Son necesarios, además, los conocimientos de **psicopatología infantil** que nos indican la forma de manifestarse en el niño los distintos problemas, teniendo especialmente presente las características de los diversos cuadros psiquiátricos que pueden confundirse con sordera o presentarse en forma simultánea a ésta.

La observación es la herramienta más importante en el diagnóstico psicológico y nunca debe ser postergada por los tests. Lo que importa es el contacto y la captación en su totalidad del niño.

b) Características del niño sordo, tal como aparece a la observación clínica.

Siempre que el trastorno sea sólo sordera y no esté complicado con otras afecciones, el niño sordo presentará:

— desarrollo físico normal.

— respuestas al ruido según su pérdida auditiva; faltará la respuesta a la palabra hablada captada acústicamente.

— utiliza sus restos auditivos si le gritan.

— amplia comprensión de los gestos y la mímica.

— tenderá a mirar la cara del examinador cuando este le habla y podrá realizar cierta lectura labiofacial adquirida espontáneamente, siempre que haya sido estimulado en esto por el ambiente.

— atención y expresión facial muy alerta.

— expresión amplia y rica a través de gestos y mímica.

— su pantomima es ampliamente descriptiva, la mayoría de las personas se comunican con ellos a través de gestos o simplemente mostrándole las cosas.

— vocalizará, su tono de voz se mostrará alterado, pudiendo existir características de monotonía y falta de claridad en su voz y risa. Lloran y gimen a menudo con voz poco resonante.

-- en su comportamiento mostrará numerosas rabietas

cuando no son comprendidos o no comprenden lo que se les dice.

— comprenden las situaciones y su lugar dentro de un grupo, la mayoría de las veces se comportan de manera aceptable cuando ellos comprenden. Puede existir cierta dificultad para enfrentar situaciones sociales nuevas debido a que están generalmente sobreprotegidos por su ambiente familiar.

— sus juegos son usualmente activos, aceptan los juegos ofrecidos y los siguen de acuerdo a su edad cronológica. Según sus restos auditivos el ruido toma o no participación en el juego; a veces puede haber implicación vibratoria.

— su desarrollo motor será, en general, normal.

Cuando la sordera está complicada con otro cuadro, estos aspectos se modificarán de acuerdo a las características del cuadro agregado, por ej.: niño sordo con disfunción cerebral mínima aparecerá desinhibido en el contacto social, muy inquieto, etc. Un niño sordo con trastorno emocional podrá presentar graves dificultades en el contacto, etc.

IV. Tests psicológicos

El estudio de un niño a través de pruebas no debe limitarse a ser solamente un análisis psicométrico. Como ya se dijo anteriormente, se debe tratar de captar globalmente al niño y por tanto, enfatizar la observación clínica de él. Esto enriquecerá cualitativamente el diagnóstico.

En la finalidad de la aplicación de pruebas psicológicas se deben distinguir dos aspectos:

1) Establecer las aptitudes o falta de aptitudes, o sea cómo funciona actualmente el sujeto en las diversas capacidades.

2) Análisis y explicación de hechos, buscar la razón que hay detrás de un comportamiento.

La diferencia entre el primer y segundo objetivo es que el primero es para establecer o determinar y el segundo es para comprender causalmente un hecho y así poder promover un cambio (por ejemplo: por qué el sujeto se comporta de determinada manera).

¿Qué utilización tienen los resultados obtenidos a través del diagnóstico psicológico por medio de tests?

En un comienzo principalmente fue detectar los niños de rendimiento sub-normal; posteriormente se pretendió estudiar el funcionamiento de las diferentes capacidades, lo que nos permitiría, por ejemplo, homogeneizar grupos de clases, evaluar el progreso escolar de acuerdo a las capacidades, etc. Otras utilidades más directamente relacionadas con el niño sordo serían:

a) Ayudar al diagnóstico audiométrico. (Por ej.: un niño deficiente mental no dará una audiometría absolutamente confiable, etc.).

b) Análisis de los factores subyacentes a un insuficiente progreso escolar.

c) Orientación escolar en cuanto al método más conveniente a usar en la rehabilitación (según el desarrollo que presentan ciertas funciones es más conveniente utilizar uno u otro método).

d) Diagnosticar problemas de conducta escolares y/o familiares.

e) Otra utilización de los resultados de los tests es aportar índices en el diagnóstico diferencial, tanto de sordera con otros cuadros de trastornos del lenguaje, como de diver-

sos trastornos posibles de presentarse junto con la pérdida auditiva.

f) Orientación vocacional.

Requisitos de los tests para ser aplicados en niños sordos: para que los aportes de los tests en niños sordos sean positivos deben cumplir las siguientes condiciones:

1) Deben ser no verbales tanto en la instrucción como en la tarea misma.

2) El test debe incluir una práctica preliminar para asegurarse que el niño comprendió la tarea.

3) A pesar que la rapidez es un índice de la inteligencia, no se debe ser muy estricto en la consideración del tiempo límite de los tests, porque para el niño sordo pequeño es difícil comprender instrucciones tales como "trabaja lo más rápido que puedas".

En el período en que deben descubrirse las posibilidades del niño, posibilidades que pueden estar veladas por su problema de comunicación, es indispensable cumplir las condiciones ya señaladas. Pero gradualmente a través de su rehabilitación, será necesario agregar otros tests que abarquen los requisitos que la sociedad va a exigir al individuo (como ser: tests verbales, instrucciones impartidas en forma estricta, etc.). Si se continuara utilizando tests bajo condiciones especiales supondría el riesgo de juzgar irrealmente las posibilidades de un niño sordo en nuestra sociedad a la cual deberá adaptarse. La persona sorda debe vivir y desea vivir en el mundo de los oyentes. Esto más que un problema psicométrico es un problema socio-pedagógico; una evaluación para que sea significativa debe tener lugar en un marco de referencia social.

Se debe tener presente que la respuesta de un niño, y por lo tanto la evaluación de su capacidad, va a depender no sólo del test, sino de la situación total de examen, de ahí que el **examinador** jugará un rol muy importante: su actitud, su contacto con el niño, su preparación, etc., serán determinantes. El psicólogo que se dedica a niños sordos debería poseer un entrenamiento especial debido a las dificultades que surgen en el examen del sordo, como ser:

— dificultades de comunicación.

— facilidad del niño sordo para captar visualmente índices que el examinador involuntariamente puede dar. Por otra parte puede caerse en facilitar la tarea más allá de lo necesario en consideración al déficit que presenta el niño.

— manifestar aprobación frente al comportamiento deseado del niño pero solamente de manera apropiada.

— dificultad del niño sordo para enfrentar situaciones nuevas y sobreponerse a la ansiedad.

Interpretación de los resultados (discusión del CI). Los resultados de los tests deben ser sólo evaluados dentro del contexto general del estudio psicológico del niño.

En cuanto al CI, debe comprenderse que éste no es indicador sólo de una dotación intelectual innata, fija e inmutable, sino que además refleja ampliamente la influencia del ambiente y por ende de la educación. Indudablemente no debe caerse en ninguno de los dos extremos, el que sostiene que el CI es puramente dependiente de la estimulación ambiental o el que considera que refleja la dotación innata.

Por otra parte, no es tanto el CI lo que interesa pedagógicamente sino el análisis de las funciones intelectuales y de su organización.

Estandarización de tests en sordos: Un test es esencialmente un instrumento de comparación con el cual se com-

para al individuo con las normas del grupo. La pregunta es clásica: ¿se debe estandarizar tests para ser utilizados en sordos en personas con audición o en sordos?

Esta inquietud nació al observarse que los resultados obtenidos por los niños sordos en algunas pruebas manuales (Goodenough, Raven, Kohs, Wisc, etc.) era inferior al de niños oyentes. Una explicación posible es que el niño sordo desarrolla algunas funciones más lentamente que el normal; para corroborar esto se pensó en la estandarización.

El principio básico de la estandarización es usar una muestra de la misma población con la cual el individuo es comparado; ahora bien, uno desea comparar al sordo no solamente con otros sordos, sino que con personas con audición, o sea, no determinar solamente su posición relativa en comparación con sus copupilos, sino también con respecto al grupo de su edad con el cual tendrá que cooperar y competir en la sociedad normal. Por tanto, es conveniente comparar al sordo con las normas de los oyentes.

En cuanto a la relación entre el rendimiento en un test y el éxito escolar en los niños sordos, algunos trabajos que se han hecho dan resultados favorables, especialmente en aquellos en que se usaron tests más completos en el sentido de que investigan a través de diferentes pruebas diversas funciones.

Sería importante establecer relaciones entre diferentes tests que miden diferentes aptitudes y aprendizajes especiales que debe hacer el niño sordo, por ejemplo: lectura labio-facial, ya que en algunas investigaciones se ha visto que estos aprendizajes no correlacionan con inteligencia general.

Sobre este punto creemos conveniente recordar que el rendimiento escolar es el resultado de una multiplicidad de factores dentro de los cuales el rendimiento intelectual es solamente uno.

V. Discusión sobre aspectos intelectuales del niño sordo:

El problema que se plantea es si la falta de estimulación auditiva y de lenguaje tiene influencia en el desarrollo del pensamiento. Indudablemente la pérdida auditiva altera el funcionamiento y la integración de las percepciones; la experiencia tiene que hacerse a través de una organización diferente de éstas. Esta organización en el sordo profundo presenta la siguiente jerarquía: visión, tacto, olfato y gusto; mientras que en el hipoacúsico es: visión, audición, tacto, olfato y gusto, siendo, por lo tanto, en este último similar al del oyente.

Esta diferente organización al nivel de la percepción afecta al rendimiento intelectual general permitiendo el desarrollo de ciertas funciones más fácilmente que de otras. Numerosas son las experiencias que se han hecho sobre el rendimiento intelectual del niño sordo y las opiniones sobre sus resultados están divididas. Por un lado, algunos autores aseveran que el sordo es intelectualmente inferior al oyente. Otros, en cambio, sostienen que no hay diferencia significativa. Por ejemplo, P. Oleron afirma que la diferencia con el normal es más importante cuando el test hace intervenir actividades más abstractas.

Esta contradicción y la necesidad de dilucidarlo ha conducido a nuevos análisis e hipótesis que pretenden explicar por qué el sordo aparece como retardado en pruebas que requieren abstracción:

1) Hipótesis que identifica lenguaje y pensamiento abstracto por lo cual el sordo solamente manifestaría una conducta concreta.

2) La segunda hipótesis no identifica lenguaje y pensamiento abstracto, pero reconoce que el lenguaje ejercita y desarrolla ciertas funciones abstractas.

Investigaciones dadas a conocer por Hans G. Furth apoyan la segunda hipótesis ya que dice que el lenguaje verbal no es un componente esencial en el uso y formación de conceptos, pero que sí el lenguaje tiene una influencia de naturaleza más general en el proceso del conocimiento, y esto especialmente a través de la adquisición de experiencias. El niño sordo no recibe la misma estimulación del oyente, ya que la palabra es una de las principales fuentes de estimulación; o sea, si el niño sordo presenta un retardo con respecto al oyente se debe a su deficiencia experiencial, deficiencia indirectamente ligada al lenguaje.

Estas investigaciones enfatizan por lo tanto la distinción entre capacidades conceptuales y verbales; la capacidad básica para conceptualizar y razonar es vista como independiente al lenguaje y dependiente principalmente de las experiencias generales de la vida. Por lo tanto los esfuerzos educativos deberían dirigirse a proporcionar experiencias al sordo a través de cualquier medio, no exclusivamente el verbal. Según Edna Levine el niño sordo alcanza un nivel concreto de funcionamiento porque se le enseña a un nivel concreto, no se le brinda el tipo de ejercicio necesario para la promoción de niveles más altos de pensamiento abstracto.

Otras investigaciones realizadas en niños sordos a través de métodos experimentales de Piaget, por ejemplo el de Michelle Borelli llegan a la conclusión de que no existe diferencia fundamental entre las capacidades lógicas elementales del niño sordo y del oyente; al sordo pueden faltarle adquisiciones lingüísticas pero no la expresión simbólica. El lenguaje intervendría como elemento fijador de los procesos ayudando a su toma de conciencia para hacerlos más estables y eficaces.

VI. Discusión sobre aspectos de personalidad del niño sordo

En cuanto a los tests de personalidad, es un área que no se ha desarrollado lo suficiente en sordos; los resultados de las investigaciones indican más bien que los instrumentos utilizados son poco indicados para el estudio del sordo porque la mayoría implica un amplio manejo del lenguaje.

Desde el punto de vista emocional, la consecuencia más importante de la deficiencia auditiva es el **aislamiento** junto a la falta de lenguaje, y todo esto incide en los **procesos de identificación**. Se designa como identificación el desarrollo inconsciente de sentimientos y de actitudes similares a las de nuestros semejantes, especialmente del mismo sexo; se desarrollan también actitudes hacia la familia, comunidad, etc. En relación a los procesos de identificación parece existir una mayor dificultad en el sordo para lograrla.

Las investigaciones respecto a si **existe una estructura de carácter peculiar del sordo** como consecuencia de su aislamiento, presentan conclusiones divergentes:

1) Las tendencias que no aceptan peculiaridad en el carácter del sordo (Oleron, Edna Levine) se basan en que la importancia del aislamiento a que está sometido éste no es tan grande, ya que no carece totalmente de impresiones sonoras, ya sea porque su sordera no es completa, o porque el sentido vibratorio reemplaza al oído y le permite comprender ciertos elementos básicos de la

música como el ritmo, altura de los sonidos y además posibilita una orientación relativa dentro de los ruidos de la ciudad. Debe tomarse en cuenta, además, que el sordo posee por otra parte una amplia compensación sensorial en el sentido de la visión.

2) Las tendencias que aceptan la peculiaridad (Lane, Gesell), derivan del hecho de atribuirle al sordo un aislamiento extremo, para algunos más grave que el que sufre el ciego. Las consecuencias más comúnmente aceptadas de este aislamiento serían **mayores frustraciones e inmadurez en su desarrollo emocional y social.**

Durante su desarrollo afectivo se observa que el niño sordo parece sufrir mayor número de frustraciones que derivan de su dificultad de comunicación, tanto porque no pueden hacer comprender sus deseos a los demás ni tampoco recibir las explicaciones necesarias cuando no es posible satisfacerlos. De esta manera, el sordo puede sentir las frustraciones comunes como rechazos hostiles; y como resultado puede retraerse en sí mismo o, por el contrario, presentar reacciones agresivas intensas.

Además el déficit sensorial puede tener ingerencia en el sentimiento de seguridad, el que es decisivo para el desarrollo normal del niño. (El oyente mientras juega oye todos los ruidos del hogar y al oír a distancia a su madre recibe la sensación de seguridad que no experimenta el sordo).

Muchas veces retardan la maduración emocional una posible reacción alterada de los miembros de su grupo familiar, comúnmente se observa sobreprotección y excesiva indulgencia materna.

Los efectos del aislamiento y de la falta de lenguaje en el desarrollo de la personalidad pueden variar de acuerdo a la edad de comienzo de la sordera y al grado de ésta; la personalidad de un adulto que queda sordo no es igualmente afectada que la personalidad de un adulto que ha sido sordo desde niño. El efecto mayor de la sordera en la personalidad sería en sordos profundos a temprana edad.

En cuanto a la **adaptación** del sordo a su medio se ha concluido que éste se encuentra mejor adaptado en su medio de personas sordas. El que se desenvuelve en cambio en un ambiente de oyentes presenta mayor tensión y conflicto.

El sordo profundo comparado con el hipoacúsico presenta menor conciencia de su problema y mayor desadaptación, mientras que el hipoacúsico se da cuenta con mayor claridad de su problema, probablemente debido a que intuye el nivel normal.

En general la mayoría de las investigaciones sobre **madurez social** en el sordo indican que éstos serían inferiores a los normales, o sea que no han adquirido el nivel de responsabilidad adecuada, dependen de otros para su dirección y cuidado. (Madurez Social es la capacidad para cuidarse a sí mismo y para brindar cuidado a otros).

Con respecto a investigaciones sobre **incidencia psiquiátrica en sordera**, éstas sostienen que existe mayor número de trastornos neuróticos en los grupos de sordos comparado con un grupo similar. Contrariamente a lo esperado no se encontró gran incidencia de esquizofrenia; no aparecieron como introvertidos, por el contrario parecen buscar a través de un contacto forzado y hasta agresivo la compensación de su aislamiento.

VII. Diagnóstico Diferencial en el Niño Sordo

El niño sordo debe diferenciarse de aquel que presenta otros cuadros que afectan el lenguaje, como ser: Debilidad Mental, Afasia, trastornos emocionales, esquizofrenia infantil. Este aspecto será tratado a través de otros trabajos de esta jornada.

En un niño sordo es importante diagnosticar diferencialmente **grados y tipos de pérdida auditiva**, lo que incide directamente en su rehabilitación (por ejemplo: sordo periférico y sordo con compromiso neurológico; hipoacúsico y sordo profundo). (Este diagnóstico es realizado por médico ORL y audiometrista).

Netamente compete al psicólogo el diagnóstico diferencial de la capacidad **mental** del sordo y de la **organización de sus diversas funciones.**

Otro diagnóstico diferencial importante sería distinguir aquel que manifieste sólo la deficiencia sensorial y aquel en el que la **integración del Sistema Nervioso Central está alterada**, ya sea en mayor o menor grado y en diferente forma. Estas deficiencias pueden manifestarse en **problemas de aprendizaje**, por ejemplo: niños de inteligencia normal con problema específico en el reconocimiento y recuerdo de las palabras a través de lectura labio-facial, también el niño que presenta problemas de lectura y escritura.

Es también importante observar y diagnosticar la evolución del lenguaje a través de los años de rehabilitación; es común que inicialmente se presenten errores tales como omisiones de palabras dentro de la frase, adición de palabras, alteración de la secuencia, sustitución en el tiempo de los verbos, etc. Estos errores deben diagnosticarse diferenciándolos de aquellos causados por otras alteraciones de la función verbal como ser: afasia, retardo mental, etc.

Otro aspecto a considerar en el diagnóstico del niño sordo sería el aspecto **emocional** en cuanto a su desarrollo, adaptación, etc. Es sólo posible hacer diagnóstico diferencial entre la llamada persona sorda normal y el que posee un desorden mental severo y obvio. La desadaptación moderada y sutil de la personalidad no son distinguibles principalmente porque no poseemos instrumentos diagnósticos adecuados. El problema del diagnóstico diferencial es distinguir entre el sentimiento de aislamiento y otros efectos importantes de la falta de audición y una verdadera enfermedad mental.

El diagnóstico diferencial entre problemas emocionales, retardo mental y daño cerebral es indispensable en el sordo, ya que algunos efectos de estos en la conducta pueden ser fácilmente confundidos.

Es necesario evaluar, también, la **madurez social** que, como hemos visto, generalmente está retardada en comparación al niño oyente, esta evaluación es necesaria especialmente por su seria implicación en el éxito escolar.

VIII.

A través de estos puntos señalados se hace evidente que el acercamiento al problema de la pérdida auditiva es un **acercamiento multidisciplinario**. Debe enfrentarse necesariamente a través de un equipo, ya que ninguna disciplina posee todas las respuestas para el diagnóstico y la rehabilitación del deficiente auditivo.

El equipo de especialistas debería poseer cierto conocimiento común de las diferentes disciplinas para poder comunicarse en forma efectiva y productiva.

aspectos de la reeducación fono-psico-motriz

por SUZANNE DE PARRÉ

Durante la primera mitad del siglo XIX el doctor Edouard Séguin había orientado sus informaciones y sus trabajos hacia la infancia impedida, llamada entonces infancia idiota. Ejerció en su Instituto abierto en el Kremlin-Bicetre en donde la fundación Vallée acoge siempre a los débiles mentales. Su ciencia y su dedicación a la causa de la infancia lo llevaron a tentar una reeducación basada en los movimientos condicionados, coordinados desde los ejercicios de inmovilidad. De esta manera ejercitaba, reanimándolos, los sistemas efectores motores cerebrales, trabados. Fue por lo tanto el antepasado de los métodos reeducativos plurivalentes. Pero su obra fue interrumpida en 1852 por su viaje a los Estados Unidos. Sin haber conocido a este precursor hemos trabajado durante muchos años siguiendo la línea científica que había trazado.

Debemos a su memoria un homenaje de admiración y reconocimiento.

La reeducación fono-psico-motriz es la verdadera recuperación de los niños retardados en su impulso fono-psico-cerebral por la causa que sea.

Un reeducador, una reeducadora, dignos de ser llamados así, tienen la impresión, a lo largo de sus actividades, de encontrarse ante una estatua cubierta con un velo a la espera de ser inaugurada. Llegan, con una energía lenta y calculada, a levantar poco a poco una punta del velo. Si llegan, con el tiempo y el empeño, a quitar el ropaje, se hallarán en presencia del niño, verdadero resucitado cerebral, que les sonríe con gratitud emocionada.

Teniendo en cuenta las dificultades creadas por el número creciente de nacimientos y las condiciones cada vez más complicadas de la vida social, profesional, comunal y nacional, los padres, hasta en lo que se llama vida familiar, tienen cada vez mayor necesidad de ayuda.

Si en los hogares todo fuera normal, las dificultades podrían ser fácilmente superadas. No sería más que cuestión material y social de organización, de enseñanza y también de educación. Quedarían, ciertamente, por resolver las cuestiones de alojamiento y de poder adquisitivo sin olvidar el descanso que es de hecho cada vez más preponderante. Pero por desdicha, existen desgracias en la naturaleza que entorpecen con frecuencia el cometido activo de los padres, de las educadoras, de los educadores, de los miembros del cuerpo médico y de los organizadores de todas las disciplinas.

El papel de los reeducadores, en las funciones paramédicas, es el de ayudar a los niños y a las familias a vencer estas desgracias, a superar estas desventajas a veces insuperables a primera vista.

El diploma de reeducador está, desde hace dos años, organizado y reglamentado. Toda una legislación rige ahora los Institutos médico-pedagógicos y las clases de perfeccionamiento.

Pero si los diplomas son la coronación de un trabajo teórico y práctico de aprendizaje de la reeducación, no otorgan las muchas cualidades psico-físicas y morales exigidas, para llegar a ser eficaces en reeducación. Hace falta lo que los diplomas no pueden controlar: dedicación, resistencia física y vocal, paciencia intangible, abnegación, ciencia, conciencia, dones excepcionales de psicología y de observación, tacto, energía a toda prueba cuando se hace necesaria y otro tanto de dulzura infinita, adaptación flexible a los caracteres de los enfermos y de sus familias, voz audible, articulación clara, voluntad de hierro y... entusiasmo.

¡Así es!, hace falta todo eso para ejercer como un sacerdote una profesión de la que lo menos que se puede decir es que es poco remuneradora, pero que enriquece

con alegrías, con grandes satisfacciones, a aquel o a aquella que la ejerce en un impulso generoso. ¡Qué vida exaltante entonces! Porque, atenuamos la intensidad de los dramas que suscitan los fracasos perpetuos de un niño mal formado... los cuidados, las inquietudes, las decepciones martirizantes de las familias, de los educadores, de los que viven con el enfermo y sufren increíbles renunciamentos, en todos los medios familiares y escolares. Para este haz de dolores, la reeducación que practicamos puede tener un remedio, porque los casos irremediables son felizmente raros, a condición de someter a los enfermos de manera precoz a sus eficaces beneficios.

Las categorías de los niños sometidos a nuestros tratamientos son extremadamente numerosas, complejas y variadas, como lo hace ver la sola nomenclatura de los trastornos que las familias pueden observar en la época de los períodos evolutivos de la primera infancia.

Desde el momento mismo en que el déficit o la carencia pueden ser detectados hay que recurrir a la reeducación. Hay que tener en cuenta que en una sola persona se pueden observar trastornos diversos en número impresionante, siendo los casos de naturaleza individual y la enfermedad difusa: retraso en el despertar de los sentidos, en el conocimiento y el reconocimiento de la madre, del medio, de la motricidad instintiva. ¿Un niño tarda en tomar la posición sentada en la cuna, en su coche? ¿No siente ningún interés por los movimientos de los que le rodean, por las cosas, por los alimentos, por los ruidos, por los juguetes que se le presentan, sin que ninguna enfermedad reconocida explique estos retrasos? ¿No afirma ninguna tendencia mimética a los gestos, a la palabra, a los juegos más elementales? Si las carencias se acusan, hay que inquietarse. La adquisición de fonemas puede ser errónea, torpe, deficitaria. Un niño no puede pronunciar ninguna consonante ni ninguna vocal con exactitud. Anda poco y mal, da prueba de mal equilibrio, de ataraxia psíquica o, por el contrario de extravíos característicos: gritos, llantos incesantes, tendencias agresivas, brutales, crueles, desconocimiento total de la limpieza, hasta enuresia diurna y nocturna, coprofagia, etc. Los trastornos más importantes, de los que las familias terminan al fin por inquietarse (a menudo muy tarde), son las disartias o dislalias, las disfonías, enronquecimientos, ronquera, gagueos, ausencias, confusión de fenómenos, trastornos en la voz, en la articulación de las palabras y del lenguaje, además de los insomnios, las pesadillas, las agitaciones de múltiples formas, las inestabilidades, la ausencia de fijación, la de atención, las ambivalencias, las cóleras explosivas, la oposición total a las menores tentativas de sollicitación de obediencia, los bradi-psíquicos, bradimotrices, retardados en comprensión, los que padecen de tics, los roncós, coreicos y los que en las horas escolares son reacios a todo ensayo pedagógico; sujetos desatentos, esencialmente inestables, turbulentos, charlatanes, o audi-mudos, disgráficos, t a r t a m u d o s , chapurreadores, disléxicos, disortográficos, toda la cohorte de rezagados en clase, de retrasados en la columna infantil en marcha. Son la desesperación de los padres y más tarde incapaces en la vida profesional y social.

Se puede, sin embargo, afirmar que, tomado con tiempo, es decir antes de los 24 o de los 36 meses, las primeras carencias, los primeros trastornos fonéticos y del carácter advertidos, se puede esperar todo, reparando "de manera muy enérgica" estas pequeñas trabas por medio de tratamientos reeducadores apropiados a sus casos, en la medida de la afección, a menos de tener que ver con débiles mentales profundos, paralizados, inconscientes, sali-

vantes, negativos. Pero se debe, hasta en casos muy graves, intervenir con probabilidades relativas de mejoramiento, en proporciones a veces inapreciables en tanto que inesperadas. Cuando no hay demencia, es conveniente ensayar todo.

Por lo que respecta a los niños sordos, a partir de los 7 meses, desde que se comprueba la hipoacústica, debe tentarse la reanimación de los nervios auditivos y de los centros motores de la audición.

Lo que constituye para nosotros, educadores, el peligro más grave, es la ignorancia y el menosprecio ligero que es su consecuencia, en el que quedan a ciegas el cuerpo médico, las guarderías de niños, las institutoras de las escuelas maternales, los profesores, las asistentes sociales (tan maravillosamente dedicadas), hasta las relaciones y los amigos del niño, y hasta las mismas familias. Para los médicos esto tiene una explicación: hasta ahora en sus estudios nada se refiere a la reeducación. La consideran por consiguiente una ciencia menor, siendo una terapéutica de primer plano, de primera eficacia... Lo que explica que escuchemos con dolor, con indignación, veredictos aberrantes, insensatos, criminales: "Espera... eso se arreglará"... "No contraríe a su niño. No tenga prisa... Mándelo a la escuela... verá usted. En la pubertad será el milagro"... Y el tiempo pasa... en la euforia de este monstruoso descuido... Y los trastornos se agravan... los ceros, los fracasos, los reproches, los castigos se acumulan, la vida del hogar familiar se echa a perder... Todo el mundo sufre, la atmósfera se hace angustiosa...

Los educadores, los maestros y las familias no deben aceptar el ser burlados de esta manera. Es necesario que puedan observar las múltiples deficiencias de sus alumnos. Hay tantos "normales falsos" de aspecto seductor que ilusionan y que en clase son inquietos o charlatanes y bulliciosos incorregibles, que siembran el desorden entre los alumnos e impacientan a los profesores.

Se debe estar enterado de que esos niños son enfermos ignorados del sistema nervioso, y que la reeducación fono-psico-motriz puede, en algunos meses, transformarlos en escolares atentos y tranquilos.

Todo trastorno observado es consecuencia de perturbaciones sobrevenidas en las épocas concepcionales, prenatales, o postnatales. Separamos los mongoloides (cada vez más numerosos) que son objeto de tratamientos especiales y que con frecuencia responden relativamente bien a los esfuerzos que se llevan a cabo en su favor. Se puede hasta enseñarles gestos profesionales que, siendo siempre los mismos y no exigiendo actos de iniciativas, les permiten ganarse la vida modestamente.

Los trabajos recientes de los neurólogos establecen que no se puede ya aceptar el principio de localizaciones cerebrales propuesto desde 1825 por Bouillaud, adepto a las ideas de Gall sobre el centro de la palabra articulada. Broca y Charcot mostraron después que el encéfalo no era un órgano homogéneo y unitario, sino una asociación de órganos diferentes a los que estaban ligadas psicológicamente funciones, propiedades y facultades distintas.

Hoy, a partir de las perturbaciones observadas en los enfermos con lesiones cerebrales, se puede, según las regiones, describir los trastornos asociados. Pero no se puede localizar la función. Todo lo más, se puede decir que tal o cual región del cerebro es necesaria para el cumplimiento de esta función.

Por ejemplo, las lesiones del lóbulo temporal izquierdo provocan una afasia: esto no significa que el lenguaje es-

té localizado en el lóbulo temporal, sino solamente que éste es indispensable para la expresión oral. Por los métodos de estimulación y de la transcripción electroencefalográfica, estimulando el cerebro con una corriente eléctrica aplicada al nivel del área motriz, se desencadenan sacudidas en los músculos. Esto supone preciosas enseñanzas desde el punto de vista patológico. Sobre todo en los epilépticos o epileptoides, por ejemplo. Pero en los incoordinados fonopsico-motores (tartamudos, enfermos de tics, chapurradores y toda la gama de inestables inquietos, grandes retardados en las actividades motrices y escolares) las exploraciones encefalográficas son con frecuencia negativas.

Para Robert Lapique, todo el funcionamiento del cuerpo humano está regulado y directamente comandado por ciertas regiones del cerebro. Según Hyden, biólogo sueco, el lenguaje debe comenzar en el segundo período del primer año, es decir, hacia los 8 ó 10 meses, por murmullos imprecisos, por una cierta ecolalia que el niño colorea con entonaciones diversas, que corresponden a significaciones voluntarias. Esta actividad es comandada en ese momento por el área kinésito-verbal-parietal. Y, los meses siguientes, el niño enriquece su vocabulario. A través de su maduración, emplea el aparato buco-fonador que se encuentra, según se cree, en la región parietal.

Desde entonces se estableció una actividad fonoparticuladora, con asociaciones, identificaciones, comprensión y, claro está, adquisiciones constantes. El mimetismo figura eficazmente. Cuando las zonas cerebrales sufren un gran retraso en su evolución, hay afasia, que en los niños se llama retraso del lenguaje. Este niño es un verdadero mudo, hasta ser reeducado. No oye más que el comienzo o el final de las palabras de 2 ó 3 sílabas, confunde las consonantes, dice por ejemplo: mecro por metro, cren por tren, totolate por chocolate, tote por coche. Este afásico no debe ser confundido con un hipoacústico que es un sordo físico. Este último es, la mayor parte de las veces, normal y hasta inteligente. Se le ha llamado por demasiado tiempo sordomudo, lo que es un término peyorativo y absolutamente erróneo.

A tal diversidad de acciones neuro-motrices, es lógico responder con una **técnica plurivalente de reeducación**. Tiende esta técnica a calmar, a regular y a someter a la voluntad del sujeto los sistemas realizadores, receptores, coordinadores, motores cerebrales. Estos realizadores motores comprenden la vía piramidal, la vía extra-piramidal, las motoneuronas fásicas tónicas, los músculos, más el conjunto de sistemas que regulan el tonus y la coordinación a nivel medular y el sistema de control de la motricidad, el cerebelo. Este conjunto preside en primer lugar la creación del gesto. El sujeto necesita, para la ejecución correcta, la imagen adquirida del movimiento adaptado a un fin determinado. Los perturbados de esta motricidad son acometidos por la agnosis: desconocimiento de su propio personaje.

Hay agnosis para todos los órganos de los sentidos: agnosis táctil, espacial, visual, auditiva. Como acción reeducadora, ha sido puesta en primer plano la ortofonía, reeducación de la palabra. Hasta se han creado diplomas para el caso. La ortofonía es, en efecto, indispensable, pero, de todo lo expuesto, resulta que un tratamiento limitado a la reeducación fonética se hace claramente insuficiente, por no ser la ortofonía más que una rama del gran árbol de la reeducación. Un trastorno jamás está aislado. La tartamudez, por ejemplo, el tartajeo, se clasifican por error entre los trastornos de la palabra. No son, sin embargo, más que los síntomas más eminentes

de un síndrome del sistema nervioso central.

Hay que exceptuar, desde luego, los trastornos fonéticos patológicos, mecánicos, causados por el labio leporino, por estrechez maxilar, etc.

Por eso hemos creado nuestro tratamiento con la denominación: reeducación **fono-psico-motriz**, técnica cuyo objetivo es la regulación del juego de los comandos cerebrales por el empleo conjugado de movimientos disociados de los miembros, en coordinación total con la idea, su expresión inmediata, la palabra, la memoria, la vivacidad cerebral de ejecución, la reflexión, el juicio, la perfección articulatoria. Hasta podemos afirmar que todos los nervios pueden ser reanimados, en caso de parálisis, por un tratamiento reeducativo de este tipo. El nervio acústico, por ejemplo, desde que se reconoce su déficit auditivo, puede ser cuidado desde la edad de 7 u 8 meses. Pueden testificarlo algunos sordos jóvenes que han podido recobrar algo de su audición, lo que les permite seguir un curso normal y obtener muy buenos resultados escolares.

En cuanto a las anuresias, las agitaciones, los golpes de carácter, las turbulencias anárquicas, la bradimotricidad, las inhibiciones, las angustias, las crisis de gritos, los ejercicios de inmovilismo son determinantes. La única objeción que puede hacerse es la ejecución dinámica y exacta plurivalente cotidiana de los ejercicios apropiados y comandados. Los ejercicios deben ser ejecutados todos los días durante un tiempo variable, a veces de una a cuatro horas. Varía según la gravedad de los casos y la edad de los pacientes. Para los enuréticos adolescentes o adultos, son necesarias 3 horas diarias durante 6 u 8 semanas. Cuando las madres son dispuestas, inteligentes, dedicadas (las hay que interrumpen su trabajo fuera de casa para consagrarse a la reeducación de su hijo), todo marcha bien.

En realidad, en la práctica, cuando el reeducador es digno de su profesión, se obtienen resultados muy tangibles y se tiene la alegría de comprobarlos después de largos años. El progreso, la curación, han sido durables. Según la intensidad de las deficiencias, hay que ser, frente a las familias, más bien pesimistas en cuanto a la duración de los tratamientos. Esta duración es muy variable, pero no es conveniente esperar milagros. Seamos prudentes, pero siempre consoladores, alentadores, tenaces, perseverantes, llenos de esperanza.

No quisiéramos terminar este trabajo sin acordarnos de los adolescentes o jóvenes adultos, que tienen después de la mudez, una voz de falsete, llamada voz "euncoide". Son el regocijo de la profesión. Basta, en efecto, bajar súbitamente con la mano la laringe en el cuello para obtener la resonancia de pecho, es decir, la voz masculina. Tres minutos y dos o tres días de ejercicios son suficientes para regular este asunto.

También habría que hablar de los mal-respirantes por glosoptosis o por estrechez de los maxilares, y de los innumerables casos de adultos reeducables privados de su voz, tales como los afásicos, los áfonos, o los laringotomizados, estos últimos readaptables por las voces esofágicas. También los tartamudos, víctimas de la falta de reeducación durante su infancia. Cuidad a los perversos infantiles, solemos decir, y no habrá delincuentes.

Pero, para cuidar y curar, hace falta reeducadores formados en los múltiples conocimientos, entusiastas, dedicados, que no midan ni su tiempo ni su trabajo. Hay que confesar que son escasos. A cuántos jóvenes vemos hasta abandonar su hermosa profesión de enseñadores o educadores y acercarse a la reeducación con la esperan-

za de poder evitar la fatiga de la clase y de trabajar en "gabinete" o en sus casas... una hora o media hora. Esto, evidentemente, significa el fracaso para sus pacientes y para ellos. La reeducación se dirige a la total economía

moral, física, caracterial y psíquica. Esto es lo que constituye su grandeza y su eficacia humana y social.

(Traducido de la revista francesa "Pedagogie")

DEFICIT PSIQUICO EN EL NIÑO: ESTUDIO DE DIAGNOSTICO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

El objetivo de este trabajo, fue reunir a un grupo de profesionales con el fin de constituir un equipo multidisciplinario que se abocara al estudio del diagnóstico del déficit psíquico en el niño.

Este equipo multidisciplinario, estuvo formado por pediatras (endocrinólogo, genetista, laboratorista, neurólogo y psicólogo) provenientes del Laboratorio de Investigaciones Pediátricas del Hospital Arriarán, y un grupo de profesores especializados, un fonaudiólogo y dos asistentes sociales pertenecientes al Centro Experimental de Desarrollo (CED). Los aspectos médicos fueron condicionados por un médico del grupo y los aspectos pedagógicos por una profesora del CED.

El material clínico a estudiar estuvo constituido por 120 niños con déficit psíquico pertenecientes al CED. Ellos provenían de diferentes estratos sociales y condiciones socio-económicas, presentando variados grados de déficit psíquico. Se estimó que la muestra era suficientemente apta como para aplicar todos los medios de diagnóstico que se deseaban utilizar.

Aspectos a estudiar para determinar déficit psíquico:

1º Aspectos Clínicos Generales:

Anamnesis, examen físico, peso, talla, vista, oído, etc.

2º Aspectos neurológicos:

Se estudiaron dentro de un esquema en que se contemplaron los siguientes puntos esenciales:

- Examen de pares craneanos,
- Exploración de la función motora,
- Examen de tono y reflejos,
- Examen de la sensibilidad superficial y profunda,
- Signos meníngeos.

Además el examen neurológico, se complementó con examen de fondo de ojo. En algunos enfermos se solicitaron exámenes especializados como EEG, Radiografía de cráneo, Neumoencefalograma, Ecoencefalograma, etc. Se examinaron 118 casos, de los cuales el 72,03% tuvo examen anormal.

Los síndromes neurológicos más frecuentemente pesquisados fueron el daño neurológico difuso (32,9%) y la hiperreflexia generalizada (17,6%).

3º Aspectos genéticos:

Ellos contemplan el estudio de dermatoglifos, cromatina nuclear y cariograma cuando el caso lo estimó necesario. En este trabajo preliminar aún en desarrollo, nos hemos abocado fundamentalmente al diagnóstico de las alteraciones genéticas más groseras que son las aberraciones cromosómicas. Estas se han estudiado momentáneamente a través del examen clínico detenido y orientado, de los dermatoglifos (119) y de la cromatina nuclear

(107). Falta aún el examen directo de los cromosomas de al menos 25 pacientes.

Los resultados han sido halagüeños dado que ya han aparecido aproximadamente un 5% de aberraciones de los cromosomas sexuales y un 15% de los somáticos.

4º Estudio de laboratorio:

Se estableció un conjunto de pruebas efectuadas en una muestra de orina fresca, destinados a detectar cualquier alteración en el metabolismo de los aminoácidos, de los carbohidratos y otros.

Estas pruebas se efectuaron en los 120 pacientes estudiados. Un 39% no mostró ninguna anomalía mientras el resto mostró anomalías en uno o varios de los análisis realizados.

Esto constituye solamente el primer paso hacia el diagnóstico de una enfermedad metabólica, ya que en cada caso que muestre alteraciones debe seguirse un largo proceso designado individualmente para cada caso.

5º Aspectos psicológicos:

La parte psicológica consistió en un examen fundamentalmente diagnóstico y con fines descriptivos.

En el examen psicológico, se utilizaron fundamentalmente tres métodos de exploración:

- a) Técnicas psicométricas,
- b) Observación y examen clínico del comportamiento del niño,
- c) Entrevista a la madre o persona a cargo del niño. En un examen de este tipo ninguno de los tres métodos es en sí suficiente, y el diagnóstico de los niños se realizó en base a un análisis de datos obtenidos de todos los métodos en conjunto. Por lo tanto, el diagnóstico global de cada niño no es la equivalencia de un C. I., sino que toma en cuenta el estado general del niño en todos los aspectos de su comportamiento.

6º Estudio social del grupo:

Esta investigación se realizó a través de entrevistas con los padres y en lo posible con cada uno de los miembros del grupo familiar.

Esta técnica nos permitió hacer la investigación a través del diálogo espontáneo, además de las preguntas directas (formulario especial).

Pensamos que por tratarse de manifestaciones y actitudes de tipo subjetivo y dinámico las investigadas, no se deberían utilizar pautas rígidas, sino que se deberían adaptar a cada grupo familiar (sin embargo, esta vez utilizamos una general). Además de la encuesta social y entrevistas, utilizamos y ubicamos algunas historias clínicas en maternidades y establecimientos hospitalarios, relacionadas con antecedentes importantes al tipo de investigación. De este trabajo el servicio social da las siguientes conclusiones preliminares:

—La asistente social fue el puente de unión entre el equipo y la familia a través de la visita domiciliaria especialmente.

—Cumplió una acción educativa en el sentido de aclarar dudas frente a la imagen de la "investigación", que tenían los padres, cuyo medio cultural es bajo en general (desconfianza, exceso de optimismo, confusión respecto a exámenes con tratamiento).

—Fue una experiencia positiva en cuanto al conocimiento de técnicas científicas utilizadas en la búsqueda de causas de la deficiencia mental, lo que significa una apertura a un campo desconocido aún en el propio ambiente médico (exámenes de laboratorio y otros).

7º Aspecto pedagógico:

Daremos mayores antecedentes al respecto por tratarse esta reunión de pedagogos que están más interesados en este aspecto de estudio.

La muestra inicial fue de 120 casos ubicados de acuerdo al nivel de desarrollo que corresponde en las distintas áreas en que se efectúa el proceso rehabilitador. Lo que se expondrá es el resultado de un trabajo de equipo de todos los profesores que laboran en el establecimiento. Para la realización de esta investigación se confeccionó una ficha que pudiera consignar el máximo de antecedentes del niño con déficit psíquico, en sus distintos y variados aspectos.

Destacaremos algunos rubros contemplados en dicha ficha:

a) **Evolución escolar:** Donde pudimos detectar que un gran número de niños presentaba escolaridad, habiendo repetido de 1 a 3 cursos en sus escuelas comunes; menor número de niños sin enseñanza previa de aprendizaje.

b) **Adaptación al sistema escolar:** Apreciamos actitudes de rechazo y adaptación al sistema escolar, antes de su ingreso al Centro Experimental de Desarrollo; como también a éste. Además, observamos actitudes y comportamientos en relación al manejo y ajuste emocional, frente al grupo de trabajo en cada nivel y a sus superiores.

c) **Problemas en funciones específicas:** Debemos destacar que se dio mayor énfasis a los problemas psicomotores y del profesor del nivel o grupo curso, dada la importancia que tienen estas deficiencias en el proceso de habilitación y rehabilitación de este tipo de niños.

Los informes de este aspecto, se basaron en mediciones hechas a través de un inventario de destrezas y una prueba en torno a funciones específicas.

Las evaluaciones fueron realizadas en colaboración con los profesores de grupos utilizando guías impartidas por intermedio del departamento de supervisión y evaluación del establecimiento.

Estas guías abarcaban aspectos tales como: esquema corporal, lateralidad, sentido de orientación, derecha-izquierda; orientación y organización espacial y temporal, sentido del ritmo, capacidad de análisis y síntesis, capacidad para discriminar figura y fondo, etc.

Las alteraciones más marcadas pudieron apreciarse en esquema corporal, especialmente en el reconocimiento de segmentos aún en niveles superiores del CED; además en adaptación al espacio, capacidad de análisis y síntesis y sentido derecha-izquierda.

Con estos antecedentes se intensificó la ejercitación de estas áreas y se logró afianzar las deficiencias expuestas; para lo que se utilizó el material adecuado que se requiere en cada caso en particular.

d) **Técnicas instrumentales:** Se contemplaron aspectos que dicen relación con enseñanza de lectura y escritura, previo a una enseñanza sistemática de la misma, métodos utilizados para este aprendizaje, fracasos, posibles causas (socio-económicas, repitencias, por enfermedad, negligencia padres, etc.), nivel de lectura y escritura, calidad, velocidad, comprensión. Además se logró obtener antecedentes en relación a los errores (dislexia), más comunes en el lenguaje lecto-escrito (omisiones de letras, sílabas, palabras, inversiones, confusiones, etc.).

En cuanto al nivel de habilidad aritmética se diagnosticaron dificultades relacionadas con la capacidad de resolver problemas sencillos en relación a la vida diaria (restas, sumas, sistema monetario, equivalencias básicas: Kg., metro, libro, etc.).

Cabe hacer notar que los padres tomaron diversas actitudes frente al rendimiento de sus hijos, reacciones que de una u otra forma influyen en el proceso de rehabilitación (reacciones de sobreprotección, rechazo, indiferencia de carácter punitivo, paternalista normal, etc.).

En general, consideramos que este primer invento científico en lo psicopedagógico es y será de gran importancia para el futuro de los niños con déficit psíquico, ya que nos permitirá planificar y elaborar sistemas de trabajo adecuado a cada una de las exigencias propias del problema.

8º Estudio foniatrico:

Desde el punto de vista foniatrico, considerados los 120 casos, se agrupó porcentajes de normalidad, dentro de los siguientes rubros:

Características respiratorias:

a) Respiración abdominal definida:	3,3%
b) Respiración superior:	1,6%
c) Respiración costal-diafragmática:	3,3%

Los resultados se anotaron desde el punto de vista de la normalidad, con un porcentaje del 54,1% normal.

Luego, siempre desde los aspectos de normal o alterado, la investigación del lenguaje repetido, considerando desde la vocal a la polisílaba. El porcentaje de normalidad resultó de un 17,5%. Hay que hacer notar la importancia de la permanencia continua de los niños en el establecimiento, ya que el aspecto de la observación y examen pudo realizarse sin dificultades, de igual manera la parte reeducativa, agrupada en los diferentes niveles y alumnos de talleres.

CONCLUSION

La experiencia obtenida durante el presente trabajo demuestra que para efectuar el diagnóstico de déficit psíquico en el niño, es indispensable la participación de profesionales altamente especializados, como médicos, pedagogos, asistentes sociales, etc., que como se ha dicho forman un equipo multidisciplinario de trabajo.

—Francisco Beas	—Alicia Valdivieso
—Gabriela Cuevas	—Susana Tisler
—Alfonso Salinas	—Juan Marrón
—Luis Schlak	—Gastón Cuadra
—Yves Lacassie	—Berta Orosco
—Marta Colombo	—Silvia Rodríguez

dislexia: definiciones

COMISION

AMANDA CASTRO
YOLANDA NAVARRETE
SARA SOTO
MARCIAL PRADO
PEDRO VEGA

— SOCIEDAD DE DISLEXIA
— ESC. ESP. Nº 15
— ESCUELA ESP. Nº 5
— CLINICA PSICOPEDAGOGICA
— ESCUELA ESP. Nº 15

1. CONCEPTO Y DEFINICIONES

Los términos de dislexia de evolución, dislexia específica, inhabilidad específica en la lectura, ceguera verbal, agnosia de símbolos, estereofosimbolia y otros, han sido usados para definir, aproximadamente, la misma deficiencia. Fue descrita por primera vez, en 1877, por Kussmaul y definida por Hinshelwood, en 1917, como: "un trastorno caracterizado por la incapacidad de interpretación del lenguaje manuscrito o impreso, a pesar de poseer una visión clara de las letras y de las palabras". Estos conceptos fueron introducidos a la esfera de los estudios pedagógicos y psicológicos, especialmente por la escuela francesa de Julián de Ajuriaguerra y Mme. Borel-Maisonnay. Esta última define al disléxico como: "niños que a la edad en que todos sus camaradas de clase saben leer, no han podido en 2, 3 o más años llegar sino a un desciframiento informe, desprovisto de sentido para ellos y el auditorio". No existe una definición adecuada que sea concisa y aceptada en general, de ahí que las "I Jornadas Chilenas de Dislexia", Santiago 1969, aceptaran las definiciones de la Federación Mundial de Neurología que definió (1968), en forma transitoria, dos tipos de dislexia:

a) **Dislexia congénita de evolución:** "Trastorno en un niño manifestado por dificultades para leer a pesar de enseñanza convencional o inteligencia y oportunidades socio-culturales adecuadas. Depende de impedimentos cognoscitivos fundamentales que, a menudo, tienen origen constitucional".

b) **Dislexia de evolución:** "Trastorno en un niño que, a pesar de experiencias convencionales en la enseñanza, no adquiere las capacidades lingüísticas de leer, escribir y deletrear, en medida que concuerde con sus facultades intelectuales". Se estimó necesario, en estas Jornadas, plantear una tercera definición que correspondería a la:

c) **Dislexia por inmadurez:** "Dificultad de aprendizaje de la lectura y escritura en niños de inteligencia bajo el promedio, siempre que su

edad mental los habilite para iniciar este aprendizaje. Podría, o no, coexistir con disfunción cerebral mínima".

2. CLASIFICACIONES DE DISLEXIA

2.1. Médicas:

Samuel Orton (1937), derivada de estudios en niños afásicos:

- Alexia de evolución.
- Agrafía de desarrollo.
- Ceguera verbal de evolución.
- Afasia motora de desarrollo.

Alfred A. Strauss y Laura E. Lehtinen (1947) proponen el término "oligofasia", derivado del estudio del niño con lesión cerebral mínima:

- Oligofasia receptiva.
- Oligofasia expresiva.
- Oligofasia central.

2.2. Pedagógicas:

Rabinovitch (1954), conceptúa el término de "lectores deficientes", teniendo presente la dificultad pedagógica del trastorno:

- Retraso primario en la lectura.
- Retraso secundario en la lectura.
- Lectores deficientes.

Roswell Gallagher (1962):

- Lectores lentos.
- Lectores de pobre comprensión.
- Lectores inadecuados o bizarros.

2.3. Médico-pedagógicas:

Bernaldo de Quiroz y della Cella (1965):

- Síndrome de afasia infantil.
- Síndrome del habla.
- Síndrome de perturbación del lenguaje lecto-escrito.

M. Prado y A. Acuña (1969):

- Problemas de lecto-escritura por inmadurez.
- Lectores deficientes (dislexia simple de evolución).
- Dislexia de evolución específica.
- Dislexia congénita.

Neomicia Lagos (1969):

- Dislexia específica.
- Dislexia con daño cerebral mínimo.
- Dislexia mixta.
- Dislexia congénita.

3. ETIOLOGIA

Existen varias teorías acerca del origen de la dislexia específica o de evolución. Esta discusión se centra en la dislexia síndrome o específica (que sería un cuadro único y la única dificultad que presenta el niño) y no en la **dislexia síntoma o secundaria** a otro cuadro más general (es el caso de las dislexias secundarias a una disfunción cerebral, a una deficiencia mental, a un trastorno emocional severo, etcétera).

Estas cuatro posiciones o teorías son:

- Origen hereditario:** habría un factor constitucional en la dislexia, teoría que se apoya especialmente en la incidencia familiar de algunos casos de dislexia.
- Dentro de esta posición constitucional existe otra que señala que esta dificultad para la lectura-escritura no sería la única dificultad que presenta el niño, sino que sería un aspecto más del lenguaje, que sería la gran área alterada.
- Origen orgánico:** se trataría de una muy mínima lesión o disfunción cerebral que afectaría sólo lo relacionado con el lenguaje.
- Inmadurez cerebral o retraso en la maduración:** según la cual existiría, más que una lesión propiamente tal una falta de madurez cortical que afectaría especialmente las funciones perceptivas, íntimamente relacionadas con el aprendizaje lector.

4. CARACTERISTICAS DEL CUADRO DISLEXICO

Para caracterizar el cuadro de la dislexia, tomaremos los siguientes aspectos: anamnesis, características del lenguaje, funciones específicas, conducta y personalidad del niño disléxico.

4.1. Anamnesis

Suelen encontrarse en la historia vital o anamnesis de un niño con dificultades en la lectura, una serie de antecedentes que los caracteriza: partos difíciles, fórceps o asfixia; partos prematuros; embarazos no de término o difíciles (hemorragias, enfermedades infecciosas de la madre, etc.); en el desarrollo psicomotor, atrasos significativos, como

la marcha después de los dos años o más; dificultades en el control de esfínteres, etc. En el lenguaje encontramos también atrasos en la aparición o dificultades que permanecen por mucho tiempo. Asimismo, en los primeros años de vida, gran hiperkinesia y problemas en la personalidad y en su adaptación. En lo escolar, repeticiones y dificultades adaptativas al ambiente de la escuela, con cambios de colegio y niveles en los rendimientos de los diferentes ramos.

4.2. Características del lenguaje

a) **A nivel del lenguaje hablado:** el desarrollo en progresión de la inteligencia y el lenguaje, en términos normales, se realiza simultáneamente, brindándose mutuo apoyo, sin que sea posible determinar qué parte corresponde a cada uno.

Generalmente, el niño con perturbaciones en el aprendizaje lecto-escrito puede presentar un retraso en la adquisición del habla. En otros casos, más que el retraso del habla será el defecto de articulación el síntoma más importante, en otros, ambos o ninguno de estos antecedentes podrán encontrarse presentes. Pero de todos modos podemos decir que existe una conexión íntima entre el retraso en la adquisición del habla y el trastorno en la lectura y escritura; ello no significa que todo retardo del habla pueda originar una dislexia, ya que existen otras causas orgánicas que retrasan la adquisición de la palabra sin que repercutan en el aprendizaje de la lectura y escritura.

Por otro lado, el retraso en la adquisición del habla implica una disminución del vocabulario y la lectura se basa en un bien formado vocabulario que debe antecederle.

b) **A nivel de lenguaje lecto-escrito:** los errores específicos que presenta el disléxico, son similares a los que presenta todo niño en proceso de aprender a leer; sin embargo, en este último desaparecen, mientras que en un disléxico permanecen en forma tan sistemática que le impiden adquirir o lograr un buen nivel lector. Por eso es que, para definir, en principio, la dislexia, sea necesario esperar que la incapacidad perdure por dos o tres años de la escolaridad, para que la evidencia más importante, como lo son estos errores específicos, nos lleve a determinar que estamos efectivamente en presencia de un disléxico. Esto no significa que a niveles más tempranos no puedan ser pesquisadas las dificultades de lectura que pudieran presentarse en un niño.

Las causas que provocan estos errores las veremos en el capítulo correspondiente a funciones específicas y por ahora nos dedicaremos a analizar cuáles son estos errores:

a) **Confusiones de letras:** cada vez que una letra se confunde con una similar. Estas confusiones pueden ser: 1) visuales, por diferente orientación espacial (b por d); por diferencias sutiles de grafía (m por n); en escritura manuscrita (q por g), y 2) confusiones auditivas (ch por ll).

b) **Inversiones de orden de letras** ("oi" por "io"); de orden de letras en una sílaba ("bar" por "bra"); de sílabas en una palabra ("malo" por "loma").

c) **Omissiones de letras en una palabra:** intermedias ("cruedad" por "crueldad"); iniciales ("caso" por "acaso"); finales ("cao" por "caos"). De sílabas en una palabra ("pabra" por "palabra"); de palabras en frases y trozos.

d) **Agregados de letras en una palabra:** intermedias ("balando" por "blando"); iniciales ("lorbe" por "orbe"); finales ("miele" por "miel"); de sílabas en una palabra ("nununca por "nunca"); y de palabras en un trozo.

e) **En trozos:** contaminaciones ("como sería" por "como se reía"); disociaciones ("ala-zan" por "alazán"); distorsiones ("hada una vez una nia" por "había una vez una niña").

Lo anterior, aplicado a la lectura, lo entendemos como errores disléxicos, mientras que aplicados a la escritura, los llamaremos disgráficos.

4.3. Hábitos defectuosos

El niño disléxico, frente a la lectura, presenta una serie de hábitos defectuosos que podemos agruparlos del siguiente modo:

a) **Hiperanálisis de las palabras:** se presenta en niños con lectura excesivamente lenta, porque analizan o inspeccionan palabra a palabra, sílaba a sílaba, letra a letra. Debido a este análisis la comprensión de la palabra queda atrás. A veces superan este hábito, pero les queda la comprensión disminuida; muchas veces como consecuencia de que el método de lectura ha sido defectuoso.

b) **Dificultades en el fraseo:** cuando las palabras son percibidas como unidad, pero el tiempo de reacción es lento, conviene, en estos casos, incrementar el hábito del fraseo.

c) **Señalización con el dedo:** señalar y llevar la dirección con el dedo o lápiz es una ayuda para el niño que tiende a saltarse lugares, y con tendencia a la inversión.

d) **Pérdida de la línea al leer:** el niño normal hace un trayecto de izquierda a derecha, esto falla en los disléxicos, reflejando posibles problemas visuales.

e) **Vocalización excesiva:** la primera etapa de la lectura es oral, al iniciar la lectura silenciosa, murmura las palabras, luego sólo mueve los labios. Después hay movimientos imperceptibles y, finalmente, se internaliza la lectura. Este hábito retrasa la velocidad y comprensión de la lectura.

f) **Regresiones:** en el disléxico las regresiones son mucho más frecuentes que en el lector normal, por mal reconocimiento de las palabras.

4.4. Funciones Específicas.

4.4.1. Generalidades:

El niño disléxico suele presentar, a nivel de ciertas funciones específicas, una alteración o falta de desarrollo de todas o algunas de ellas, que en conjunto dan la peculiaridad propia del cuadro. Su análisis y exploración fina constituyen la base, junto con el estudio de los antecedentes del niño, del diagnóstico diferencial entre dislexia específica o síndrome, dislexias secundarias y retrasos simples de lectura.

De ahí el interés por conocer cuáles son estas funciones, en qué consisten, cómo suelen estar alteradas en el niño disléxico y sus efectos en la aprehensión del mecanismo lector.

Es importante, sin embargo, antes de hacer esta relación, recordar que la adquisición de la lectura requiere, como condición previa, el desarrollo adecuado de una serie de funciones perceptivas y cognoscitivas; sin este desarrollo normal, por así llamarle, el proceso de aprendizaje se verá seriamente perturbado y el niño experimentará grandes dificultades para lograrlo. Es lo que generalmente ocurre con el niño disléxico.

Detrás de cada confusión de letras (b-d; t-f), de cada omisión o distorsión, existe una o varias funciones insuficientemente desarrolladas, ellas constituirían la causa misma del trastorno lector siendo los errores de lectura sólo los efectos externos de un inadecuado proceso madurativo.

El siguiente esquema, que ahora Uds. están observando, para fines exclusivamente didácticos, nos indica cuáles serían estas funciones; en la práctica no ocurre así tan esquemáticamente, ya que suele ocurrir que un niño presente sólo algunas funciones disminuidas, o que ciertas categorías de funciones se conserven y, otro conjunto, sea el más afectado.

Considerando dos vías perceptivas básicas (visión-audición), ciertos autores (De Quiroz, entre ellos) han observado que algunos niños disléxicos suelen presentar primariamente dificultades para visualizar, en cambio otros, serían básicamente deficientes en la capacidad para audibilizar.

No entraremos ahora en mayores detalles de esta clasificación, sino que analizaremos, muy sumariamente por cierto, cada una de estas funciones en orden numérico.

4.4.2. Funciones de Orientación Espacial y Temporal:

En la formación de los conceptos espacio-temporales influye notablemente un adecuado desarrollo perceptivo y del esquema corporal. Ambas nociones, espacio y tiempo, son adquiridas casi simultáneamente, pero partiendo de categorías más simples hasta llegar a las más complejas; por ejemplo: un niño es capaz, en las primeras etapas, de diferenciar arriba-abajo, adelante-atrás, pero no podrá discernir entre derecha e izquierda.

Para la lectura, ambas nociones, espacio y tiempo, son de gran importancia, ya que cada palabra ocupa cierta posición y ordenamiento en el espacio, así como cada letra que la compone es dicha en un orden temporal riguroso cuya alteración significa un cambio en el sentido de la palabra leída.

Las dificultades espaciales se refieren especialmente a: posición en el espacio, relaciones espaciales, sentido de ordenamiento y sentido derecha-izquierda. Las dificultades temporales dicen relación con la noción de tiempo (antes, después, ahora, primero, etc.) y, más específicamente con la estructuración rítmica, siéndole muy difícil respetar series rítmicas de cierta complejidad.

Todas estas dificultades aparecen en etapas relativamente tempranas, pero no adquieren su total importancia hasta cuando el niño empieza a fracasar en la adquisición de la lectura, tendiendo a confundir letras de orientación opuesta en el espacio (b-d; p-q), a omitir, agregar o invertir letras en una palabra o palabras en un trozo.

Con anterioridad a ello son justificadas por padres o profesores por la poca edad cronológica en la que suelen presentarse estos problemas.

4.4.3. Esquema corporal:

Para una buena organización espacial, el niño debe tener una justa estimación de su propio cuerpo, de su esquema corporal. El cuerpo es quien da al individuo nociones sobre la postura y el movimiento, lo que influye más tarde en las nociones de dirección y distancia, ambas en íntima relación con la lectura-escritura. Orientarse en una dirección implica adoptar una postura y realizar un movimiento definido en el espacio, relacionado con el cuerpo.

Head fue quien creó el concepto de esquema corporal, según el cual

un conjunto de sensaciones visuales, kinestésicas, táctiles, térmicas y dolorosas entregarían a la corteza cerebral una información que permitiría al individuo tener una noción, un esquema de su propio cuerpo y las posturas que éste adquiere. Esta información sería, en última instancia, un patrón combinado de imágenes visuales y motoras, sobre cuya base se instalan todos los cambios posturales.

Trasladado este concepto al proceso de la lectura-escritura, éste sería un conjunto de patrones combinados de imágenes visuales, auditivas y motrices. Cuando este modelo postural, por así llamarlo, no llega a formarse, pueden existir dificultades para el aprendizaje de la lectura-escritura.

4.4.4. Lateralidad:

Durante cierto período, en la historia del estudio de la dislexia, y con ello ciertos autores, se ha considerado a la lateralidad como una de las causas principales, si no la única de los trastornos lectores. Actualmente, esta exagerada preponderancia del problema de la lateralidad ha disminuido; sin dejar de desconocer que suele haber dificultades a este nivel, se considera que no constituyen ni con mucho, el más importante o el único trastorno de un niño disléxico; se considera más bien que sólo un conjunto de dificultades puede dar como resultado la incapacidad para adquirir la lectura en un proceso normal de aprendizaje.

Se entiende por lateralidad "el predominio de una parte del organismo, derecha o izquierda, sobre la otra parte, dominio que se manifiesta por una adquisición superior de destrezas de ese lado del cuerpo, a distintos niveles. Así se habla de predominio lateral del ojo-oido-mano y pie.

Un sujeto puede tener una dominancia completa del lado derecho o izquierdo (ojo, oído, mano y pie), o poseer estas lateralidades combinadas en cualquier forma; por ejemplo, predominio de la mano derecha, del ojo y pie izquierdo. En el primer caso hablamos de predominio lateral derecho o zurdo, según sea el lado dominante, o lateralidad constante; en el segundo caso hablamos de lateralidad cruzada.

Suele también ocurrir que, en algunos de los niveles señalados (ojo-oido-mano-pie) no exista un predominio claro de uno de los dos lados; en este caso se habla de indeterminación de la lateralidad o de lateralidad incompleta. Es el caso de los sujetos ambidextros. La mayor parte de ellos no son tales, sino que zurdos corregidos. Así lo revela, generalmente, una exploración fina de la lateralidad.

Actualmente, no se da mucha importancia al problema de la zurdera como causa de las dificultades lectoras, ya que se ha comprobado que no todos los zurdos, y sólo un bajo porcentaje de ellos, suelen tener dificultades en la lectura. Cuando así sucede, presenta invariablemente dificultades en otras áreas o funciones y sería todo esto lo que estaría comprometiendo el aprendizaje lector. En cambio, el predominio lateral cruzado, la falta de un predominio adquirido en varios niveles, especialmente la mano, serían más significativos de dificultades lectoras. En todo caso, vale la pena insistir en que un solo signo o síntoma, por su sola presencia, no define el cuadro en su totalidad y que sólo podemos hablar de dislexia específica cuando varias de las funciones señaladas aparecen como disminuidas o alteradas, lo que de hecho ocurre en un 100% de los casos.

4.4.5. Funciones viso-perceptivas:

La percepción puede ser definida, a grosso modo, como la operación por medio de la cual interpretamos las sensaciones. Entendemos por sensación un estado mental simple que sigue directamente a la excitación de un órgano sensorial por un estímulo.

En una definición más completa podemos decir que percepción sería la fase intermedia entre sensación y pensamiento. Sería como el medio por el cual el individuo organiza y da sentido a los estímulos que le llegan de la sensación.

Según la escuela de la Gestalt, la percepción es un proceso psicológico en el cual cada una de las partes de un todo es vista, oída o sentida en conexión con las otras partes, resultando un complejo reconocible inmediatamente y en forma exclusiva. La exploración de la percepción gestáltica está muy vinculada con la imagen corporal, el espacio y el tiempo, el análisis y la síntesis, la relación figura-fondo y las posibilidades de abstracción. Por lo tanto, en un niño disléxico, que presenta básicamente, dificultades para visualizar, pueden observarse alteraciones en todos o algunos de los aspectos de la viso-percepción, lo que junto con otras de las alteraciones señaladas, explicarían sus personales dificultades lectoras.

Estas sub-áreas visoperceptivas, por así llamarlas, serían:

- percepción visual de formas simples y complejas.
- relación figura-fondo.
- análisis y síntesis viso-perceptual.

La percepción formal es de todos conocida y por ello no entraremos aquí en mayores detalles, sólo diremos que la dificultad para percibir claramente las formas de figuras complejas y abstractas como son las letras, y la dificultad para percibir diferencias y semejanzas, entre figuras que sólo son diferentes por detalles pequeños, llevan al ni-

ño disléxico a confundir letras parecidas: m-n; n-h; i-l, etc., o palabras que sólo se diferencian por una letra: mano-mono; foso-toso, etc.

La relación figura-fondo es definida como la capacidad para percibir una figura contra un fondo difuso. No damos igual importancia a las incontables sensaciones simultáneas que recibimos cuando permanecemos de pie en una habitación, relacionamos como primer plano, por ejemplo, la figura de la persona con la cual hablamos desechando todo lo demás a segundo plano. Igual cosa sucede, cuando visualizamos una figura en un cuadro o, cuando leemos, la palabra leída pasa a ser el estímulo principal o figura, mientras que las figuras adyacentes serían el fondo o segundo plano.

Normalmente, esta capacidad selectiva es utilizada por los individuos en cada situación de la vida diaria; en algunos niños disléxicos esta función se encuentra perturbada, de ahí que su atención perceptiva fluctúe siempre entre la figura y fondo, confundiendo ambas; dando como resultado una lectura poco clara, mezclando una palabra con la que le sigue, etc.

El análisis y síntesis perceptual son procesos o etapas de la percepción gestáltica o globalizadora; según la Gestalt, una de las características básicas del percibir, es que constituye una totalidad que se produce inmediatamente y en forma no analítica. Para que exista la percepción global (la interpretación y comprensión de la misma), es necesario haber pasado al pensamiento categorial o abstracto. En este sentido, los procesos analítico-sintéticos constituirían un todo que permitiría esta acción globalizadora.

Se sabe que los lectores experimentados no necesitan ver una palabra con claridad para la finalidad de leerla, es decir, no tienen que discernir respecto de ella. En cambio el niño disléxico presenta dificultades de análisis y síntesis de lo que percibe visualmente. Por lo general, percibe las letras que forman una palabra, no como un todo unitario, sino que aisladas, sin relación entre sí; de ahí que le cueste mucho llegar a una síntesis, a la lectura globalizada de la palabra, partiendo de un análisis incompleto. Esto constituiría parte de la problemática de un niño disléxico.

4.4.6. Funciones audio-perceptivas:

El proceso de la audición desempeña un papel dominante en las actividades que rodean la compleja tarea de aprender a leer. Los desórdenes auditivos, por lo tanto, pueden figurar entre las fallas esenciales que pueden presentar los disléxicos.

Algunos de estos niños presentarían básicamente una deficiencia en la habilidad para audibilizar. Dentro de esta deficiencia podemos señalar, en forma muy resumida, cuáles sub-áreas de la audición estarían especialmente comprometidas en el disléxico:

Sensibilidad auditiva, que consistiría en una disminución de la audición. Por causa de una audición de baja frecuencia pueden responder de inmediato a los sonidos más suaves en que el sonido tiene elementos de baja frecuencia. Como muchas letras o sonidos fónicos tienen características acústicas de alta frecuencia, no son percibidos y, por lo tanto, la lectura se dificulta.

Discriminación auditiva: suele presentarse aun en niños que tengan agudeza auditiva normal un trastorno de este tipo, lo que trae como consecuencia un retardo de la palabra, tanto a nivel del lenguaje repetido, como del espontáneo.

Memoria auditiva: los niños fallan en la reproducción oral y mental de frases, definiciones y memorizaciones abstractas o en la reproducción simple de fonemas y sílabas sin sentido.

Habilidad para responder a un material verbal en niveles apropiados y complejos: pueden responder bien a palabras solas o de ritmo lento, pero tienen dificultades en responder a material idéntico a ritmo más rápido.

Análisis-síntesis del lenguaje oído: presentan dificultades en componer y descomponer palabras a partir de los elementos que la forman.

Todas estas características pueden conducir a un farfalleo relacionado con la conciencia que el niño tiene de sus errores; como consecuencia, una pobreza de vocabulario, una comprensión parcial o deformada son características, lo que indudablemente influye en la lectura.

4.4.7. Trastornos de la coordinación viso-motora.

Entre los principales trastornos de la motricidad, en los niños disléxicos se ha podido observar dos tipos de dificultades: los relacionados con una torpeza general o falta de postura y, los relacionados con la motricidad fina.

De los primeros se pueden señalar acciones tales como: andar, saltar, correr, etc., que aparecen como vacilantes, desganados, poco organizados; dificultades en acciones como: arrojar la pelota, abrocharse, desabrocharse, etc.

Las dificultades en la motricidad fina se revelan en una mala coordinación grafo-motora (reproducción de figuras más o menos complejas) y manejo dificultoso del material de tests psicológicos o de rehabilitación. A nivel de los primeros mencionados, es común observar en la

reproducción de figuras, la presencia de distorsión de las mismas, dadas por fallas en la angulación, rotación, separación e inclinación de los elementos constitutivos.

Todo ello se traduce en grandes dificultades en la escritura, a la que además de los defectos disgráficos ya señalados, suelen agregarse éstos de tipo caligráfico que hacen más difícil su interpretación.

4.4.8. Trastornos del pensamiento y lenguaje simbólico.

El pensamiento está íntimamente ligado al desarrollo de la percepción y del lenguaje. La importancia del pensamiento está dada por el hecho de que a través de él, tomamos conciencia del mundo que nos rodea. Tanto la percepción sensorial como la representación con posibles sin lenguaje; pero el pensamiento, en el sentido de formación de conceptos y de la constitución de juicios y raciocinios, se haya inseparablemente ligado a él.

El instrumento verbal del concepto es la palabra, el del juicio es la frase.

En el desarrollo del pensamiento, los elementos que se van formando paulatinamente son: la representación y el pensamiento propiamente tal, con sus tres formas: concepto, juicio y raciocinio. En los niños disléxicos suele ocurrir frecuentemente que presenten una dificultad notoria para elaborar conceptos o expresar adecuadamente un juicio sobre una situación dada.

La alteración, en cuanto a la formación de conceptos, se caracteriza principalmente por presentar dificultades en clasificar objetos de acuerdo a categorías abstractas, captando aspectos parciales y no esenciales de una realidad.

Les es difícil, por ejemplo, establecer semejanzas entre tres o más objetos que tienen un nexo común que no es evidente a un plano concreto: vaca-rosa-niño; o hacerlo en un solo acto de pensamiento, llegando a una relación adecuada, pero mediante asociaciones por cadena.

Estas dificultades del pensamiento categorial, indudablemente, repercuten en la comprensión y expresión lectoras que constituyen las últimas y más persistentes dificultades a que se ven enfrentados los niños que, de alguna manera, ya han superado el simple mecanismo de la lectura.

4.5. Conducta y personalidad del niño disléxico.

El fracaso escolar del niño disléxico deviene en una transformación total de su personalidad, cambiando ostensiblemente su comportamiento. Todo esto como producto de la incompreensión de los padres y exigencias desmedidas de parte de la escuela. Igualmente, lo traumático que es su estado mismo, harán de este niño un ser cada vez más inactivo, con pocos deseos de trabajar, triste, introvertido a tal punto que tanto sus maestros como sus padres podrán fácilmente darse cuenta del cambio.

En otros casos, estos cambios comportamentales se inclinarán hacia conductas más activas, como la indisciplina escolar, el no obedecer órdenes, irritabilidad, hiperkinesia y hostilidad.

Pero no es todo, en otras formas de comportamiento podremos ver que ese niño se refugia en estados placenteros de sus primeros años, con regresiones a etapas más infantiles.

El agrado de avanzar y aprender en el medio escolar para un niño normal, se transformará para el niño disléxico en algo angustioso hasta caer en la depresión.

Pero no es todo, en otras formas de comportamiento podremos ver que ese niño se refugia en estados placenteros de sus primeros años, con regresiones a etapas más infantiles.

El agrado de avanzar y aprender en el medio escolar, para un niño normal, se transformará para el niño disléxico en algo angustioso hasta caer en la depresión.

Paralelamente, el disléxico, podrá presentar casos de robos, mentiras, enuresis, onicofagia, tics nerviosos, tartamudez, etc.

Comportamiento de los padres del niño disléxico: los padres de estos niños, ante el problema que vive su hijo son también afectados por el problema mismo y podrán enfrentarlo a través de conductas que son comunes a todos los padres de hijos disminuidos:

a) Convencidos que no hay causas que justifiquen su atraso, harán desmedidas exigencias a su hijo, culpándolo simplemente de ser flojo. La reacción del niño en estos casos no se dejará esperar, se produce el rechazo escolar y el consiguiente fracaso definitivo.

b) En otros casos, conocido el problema, sobreprotegerán al niño solucionándole todos los problemas que enfrente en la vida escolar, negándole la posibilidad de realizar independientemente sus experiencias, como igualmente deteniendo el desarrollo de su personalidad; hará algunos avances, pero el fracaso será igual.

Las dos conductas anteriores tienen en común el que los padres gradualmente se van neurotizando, en forma paralela a sus hijos, la angustia los llevará a buscar culpables, o en el profesor, o en la familia de su cónyuge; serán presa fácil de cualquier persona que quiera lucrar con estos problemas y el tiempo transcurrirá en un permanente deambular de especialista en especialista, de escuela en escuela.

c) Sin duda alguna que también nos encontramos con padres que

una vez informados, reciben y aceptan el problema como una realidad, comprometiéndose en la orientación más adecuada que los especialistas le puedan dar, sin sobreprotegerlo y exaltando sus éxitos.

5. PANORAMA NACIONAL

5.1. Relación de Instituciones:

5.1.1. Clínica Psicopedagógica: En 1955 el Ministerio de Educación crea esta institución destinada a "atender la población escolar con trastornos de tipo conductual y del aprendizaje", y como "organismo de diagnóstico y orientación de los problemas escolares".

Un alto porcentaje de los casos atendidos presentaba alteraciones del lenguaje oral y escrito que podían considerarse dentro del cuadro disléxico, descrito por la escuela francesa de Ajuriaguerra y Mme. Borel, conocidos en nuestro país, por sus publicaciones en la revista "Enfance". En 1957, se formó un equipo mixto de especialistas del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital "Roberto del Río" y de Clínica, para el estudio y tratamiento de niños con dislexia. Paralelamente, la Clínica iniciaba la atención experimental de un grupo de disléxicos, en la Escuela Nº 29 de Santiago, y creaba grupos de tratamiento en la clínica misma, en los que cabe especial participación a la Dra. Neomijia Lagos y un grupo de profesores y psicólogos.

Los estudios realizados por el equipo mixto, bajo la orientación del Dr. Ricardo Olea continuaron hasta 1960, lográndose establecer que las conclusiones a que llegaron las experiencias logradas con los grupos de experimentación, eran similares; lo que lleva a la Clínica en 1961 a crear equipos estables para el diagnóstico y tratamiento de las dislexias, formados por profesores, psicólogos, fonoaudiólogos, kinesiología y asistentes sociales.

A través de estos años los equipos han adoptado diversas modalidades de trabajo y han conseguido sistematizar valiosas experiencias que posibilitan una mejor atención de sus alumnos.

5.1.2. Escuela de Educación Especial Nº 5 "Hospital Arriarán". En 1959, esta escuela en colaboración con el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Arriarán, crea cursos para disléxicos con retardo mental leve, utilizando las conceptualizaciones de la escuela francesa y, a las que llegaron sus propios equipos de trabajo. En 1964, la Dra. Capdeville y el equipo de profesores de la escuela, presentaron un trabajo sobre "Relaciones entre deficiencia mental y dislexia", en una de las reuniones mensuales de neuropsiquiatras infantiles.

Es importante señalar que en diversas oportunidades esta escuela y la Clínica Psicopedagógica programaron reuniones conjuntas para intercambiar experiencias y puntos de vista teóricos sobre el problema.

5.1.3. Escuela de Educ. Especial Nº 15: "Hospital Calvo Mackenna". En 1965 el Ministerio de Educación destacó personal especializado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Calvo Mackenna, donde se creó una escuela que, entre otras alteraciones, atiende el problema de la dislexia. La escuela cuenta con psicólogos y profesores y, el Servicio de Psiquiatría colabora a través de psiquiatras y psicólogos. Los casos atendidos corresponden a niños de inteligencia normal y lenta, y se consideran grupos de tratamiento para niños prelectores, aléxicos y disléxicos. En estos años se han realizados valiosos estudios y se ha adaptado algún material de trabajo francés, brasileño y americano.

5.1.4. Escuela de Educación Especial Nº 19. Creada en 1966 para atender afasia y trastornos del lenguaje, inicia un año más tarde la atención de niños disléxicos, contando en su personal con profesores especializados y fonoaudióloga, más la participación de la Dra. Neomijia Lagos, del Instituto de Neurocirugía, quien realiza los exámenes de su especialidad. La población escolar de esta institución es integrada por niños enviados desde las escuelas básicas, el Instituto de Neurocirugía, la Clínica Psicopedagógica y las Escuelas Especiales. Esta escuela, careciendo de especialistas no profesores, realiza una constante investigación de sus técnicas y procedimientos y adecúa su personal a las perentorias necesidades que le imponen el diagnóstico, tratamiento y evaluación constante de sus alumnos.

5.1.5. Escuela de Educación Especial Nº 24 "Hospital Roberto del Río". Creada a fines de 1967, anexa al Servicio de Neuropsiquiatría de dicho hospital. Realiza tratamiento e investigaciones sobre parálisis cerebral y dislexia bajo la orientación médica del Dr. Ricardo Olea. Es importante destacar la afinidad que existe entre la Escuela y el Servicio de Neuropsiquiatría lo que le permite mantener un equipo completo de especialistas y un elevado nivel científico para sus investigaciones.

5.1.6. Escuela de Educación Especial Nº 18 "Hospital San Borja".

5.1.7. Escuela Especial Nº 12 "Hospital José J. Aguirre".

Estas dos escuelas están integradas por fonoaudiólogas que trabajan adscritas a los Servicios de Otorrinolaringología de dichos hospitales.

El tipo especializado de su atención permite pesquisar casos de dislexia, los que son enviados a escuelas de dislexia o a Servicios de Neuropsiquiatría Infantil. Aquellos casos que presentan serias deficiencias o alteraciones de la voz y del lenguaje hablado, reciben tratamiento en estos mismos Servicios.

5.1.8. Escuela de Educación Especial Nº 11 de Valparaíso "Hospital Van Buren". Desde 1968 existen en esta escuela grupos para la atención de disléxicos, a cargo de una profesora especializada y con la colaboración de especialistas del Hospital Van Buren.

5.2. Jornadas de Estudio.

En 1966 los equipos de dislexia de la Clínica Psicopedagógica programaron un seminario de estudio sobre dislexia, en el que participaron profesores de la Escuela Especial Nº 5 y las Dras. L. Capdeville y N. Lagos. El programa de este seminario contempló los siguientes temas:

- a) Clasificaciones y escuelas en el estudio de la dislexia.
 - b) Aspectos de la etiología de las perturbaciones del lenguaje.
 - c) Fases del diagnóstico.
 - d) Fases del Tratamiento.
 - e) Consideraciones sobre Educación Familiar y Escolar del Niño Disléxico.
- Una de las conclusiones principales de este seminario fue el promover la realización de unas Jornadas Oficiales, con la participación de todas las instituciones que, en nuestro país, trabajan en el problema. En cumplimiento de este objetivo la Clínica invitó, en 1969, a estas instituciones para organizar las "I Jornadas Chilenas de Dislexia", que se efectuaron en Santiago en noviembre del mismo año, patrocinadas por los Ministerios de Educación y Salud Pública y el Instituto Interamericano del Niño (OEA). Este Instituto, con sede en Montevideo, destacó a la profesora María Carbonell de Grompone, como su representante oficial; igual cosa hizo la Sociedad de Dislexia del Uruguay.
- Participaron en la organización de las Jornadas, la mayoría de las Instituciones que hemos mencionado en la relación anterior, más el Plan Piloto de la Unidad de Salud Mental del Area Norte de Santiago y la Clínica de Psiquiatría Infantil del Hospital Psiquiátrico. El programa de las Jornadas comprendió:
- a) Concepto, definiciones y clasificación de la Dislexia.
 - b) Experiencias de las Instituciones sobre diagnósticos y tratamiento.
 - c) Estudio de casos.
 - d) Investigaciones Nacionales y Extranjeras sobre características y evolución de la dislexia.
 - e) La dislexia en Psiquiatría.

f) Problema de ortografía en relación con la dislexia.

Al término de estas jornadas se creó la Sociedad Chilena de Dislexia, con los siguientes objetivos:

- a) Promover el estudio, investigación y difusión del problema,
- b) Reunir a profesionales diversos que desarrollen actividades en relación a la dislexia.
- c) Intercambiar experiencias, aunar esfuerzos institucionales y profesionales para una adecuada atención de estos niños.
- d) Establecer bases teórico-prácticas que permitan unificar criterios científico-técnicos, en cuanto a diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- e) Promover la formación profesional de especialistas y estimular el perfeccionamiento de sus asociados.
- f) Contar con un organismo representativo ante organizaciones nacionales e internacionales afines.

5.3. CONSIDERACIONES FINALES

Estimamos que, en nuestro país, el panorama de atención del niño con alteraciones del lenguaje oral y escrito y, específicamente del niño con alteraciones del tipo disléxico, ha cumplido con las expectativas que sus iniciadores se propusieron y se encuentra en un período de apreciable interés científico, en cuanto a sus concepciones teóricas, a sus estudios sobre el diagnóstico y el tratamiento y, a formas experimentadas de organización de instituciones, las que podrían ser capitalizadas por las autoridades de Educación y Salud, en programas de expansión que contemplen la atención generalizada del niño disléxico, en instituciones especiales, que es necesario crear, en diferentes sectores de la capital y especialmente, en provincias. Conviene señalar, además, en este panorama, las realizaciones más positivas que existen en este momento y que podrían sintetizarse en las siguientes:

1º La existencia de 7 instituciones especializadas en Santiago y 1 en Valparaíso que atienden el problema, y que pertenecen a Educación, además de los servicios de Salud, la mayoría de los cuales trabajan en estrecho contacto con las escuelas, por medio de sus equipos multidisciplinarios.

2º El funcionamiento de cursos para profesores de dislexia en la Universidad Católica de Santiago.

3º La creación de la Sociedad Chilena de Dislexia.

4º La inclusión de la Dislexia como uno de los temas de estas las Jornadas de Educación Especial, organizadas por el Ministerio de Educación.

CONCEPTOS TEORICOS DE LOS CUADROS QUE PRESENTAN DIFICULTAD EN EL APRENDIZAJE POR DAÑO MOTOR

INTRODUCCION

En nuestra calidad de profesionales de Escuelas Especiales para la población de niños y adolescentes con daño motor, nos sentimos plenamente incorporados a las inquietudes de nuestra sociedad para afrontar con el máximo esfuerzo la delicada tarea de vencer los impedimentos fisiológicos, superar las carencias y limitaciones conflictivas concurrentes y devolver al menor deficitario en las mejores condiciones de personalidad a la dialéctica social y comunitaria.

El disminuido físico presenta como consecuencia de su lesión motora, alteraciones que limitan su ámbito senso-perspectivo y conceptual, tanto en lo espacial como en lo temporal, carece en su generalidad de los dispositivos elementales que le permitan conjugar acción y circunstancia y frecuentemente debe enfrentar un medio que le es hostil. Esta somera presentación de nuestro sujeto de estudio implica de las Escuelas Especiales la aplicación de métodos y técnicas terapéuticas, a través de un Equipo Multidisciplinario, que le permitan cumplir los propósitos comunes a la educación y específicos del trabajo rehabilitador, dentro de una actitud abierta y receptiva en el campo de la experimentación y la mantención de un elevado nivel ético con el sujeto de tratamiento y la comunidad.

DEFINICION GENERAL

Se considera lisiado, disminuido físico o dañado motor, al sujeto cuyas funciones motoras están de tal modo limitadas o pueden llegar a estarlo por pérdida, imperfección, deformación de huesos, articulaciones, tendones o nervios, que su capacidad normal para adecuarse y sostenerse queda restringida.

Por razones de claridad en la exposición, presentaremos primeramente dos cuadros de lesiones de origen central para enfocar la educación especial de niños con secuelas de parálisis cerebral y lesiones motoras derivadas del daño orgánico cerebral mínimo, atendidas en las Escuelas Nos. 24 y 15 respectivamente, para luego referirme a la variada gama de secuelas que presenta el alumnado de la Escuela de Educación Especial Nº 4.

I LA PARALISIS CEREBRAL

El problema del niño con parálisis cerebral es uno de los más complejos, difíciles e ingratos de la rehabilitación. La alteración motora impide al niño realizar una vida normal, lo aísla de los compañeros e incluso a veces de su familia, lo priva de los estímulos del medio y a menudo interfiere o dificulta la relación madre-hijo, lo que lo lleva a una situación de desmedro físico, intelectual y afectivo.

Debido a esto su rehabilitación requiere de un completo equipo de trabajo que actúa sobre todas y cada una de las incapacidades que presenta.

Para mayor información trataremos de dar una ligera visión del cuadro.

II DEFINICION

Entendemos por P. C. un trastorno básicamente motor, de origen encefálico al que frecuentemente se agregan trastornos intelectuales y sensoriales y que se produce por lesiones del cerebro o de sus vías de comunicación con la periferia.

Estas lesiones pueden producirse por variadas causas, durante el embarazo de la madre, en el parto o poco después de él.

El trastorno motor se manifiesta en alteraciones del tonus muscular, deficiencia en la potencia muscular y en la calidad de los movimientos posibles.

El síndrome para ser considerado P. C. propiamente tal, debe estar establecido, no progresar, es decir, constituir una secuela de una afección que ya pasó, dándose así la posibilidad de una mejoría en las condiciones motoras a medida que el niño madura neurológicamente.

III ETIOLOGIA

Es preciso dejar constancia que en un considerable número de casos, la causa o las causas de la P. C. no pueden ser establecidas y muchas veces ni siquiera sospechadas, pero cuando se determinan, éstas pueden ser agrupadas de la siguiente manera:

1. Causas pre-natales:

- a) Malformaciones congénitas del sistema nervioso central. (genéticas o por daño del embrión)
- b) Anoxia
- c) Hemorragias
- d) Toxemia del embarazo
- e) Infecciones en los primeros meses del embarazo
- f) Perturbaciones metabólicas (diabetes)
- g) Incompatibilidad RH
- h) Acción traumática directa (golpes en la región uterina durante el embarazo)

2. Causas peri-natales: son lesiones producidas en el período de transición durante el cambio de la vida intra a la extra uterina.

- a) Mecánicas: hemorragias y destrucciones tisulares traumatisms intra-parto.
- b) Asfixias: Debilidad de las contracciones uterinas o ritmo anormal de las mismas.
- c) Prematuridad: La inmadurez orgánica general del prematuro, su mayor fragilidad vascular y su mayor permeabilidad capilar, lo exponen a mayor peligro de daño durante el parto.

3. Causas Post-natales: Son lesiones ocurridas inmediatamente después del parto o en los tres primeros años de vida.

- a) Lesiones circulatorias: Eclampsia ferinosa, convulsiones febriles, embolias cerebrales, malformaciones cardíacas.
- b) Infecciones: Encefalomiélitis vírica, meningitis bacteriana, parotiditis infecciosas, incompatibilidad sanguínea (ictericia nuclear por sistema RH. negativo)
- c) Trastornos metabólicos: Distrofias por trastornos nutritivos
- d) Traumatismos directos

IV. CLASIFICACION

La clasificación de la P. C. puede abordarse desde los más variados puntos de vista, como por ejemplo:

- a) Según la topografía o distribución.
- b) Según la patogenia formal
- c) Según la etiología
- d) Según el momento de su constitución (pre, peri y post-natales)
- e) Según la gravedad de las lesiones
- f) Según el síndrome neurológico

En este trabajo enfocaremos la clasificación según la ubicación topográfica (A) y según el síndrome neurológico

- a) Desde el punto de vista topográfico distinguimos los siguientes: Hemiplejia Hemiparálisis, que generalmente afecta al brazo con mayor intensidad que a la pierna, puede ser derecha o izquierda.
— Hemiplejia bilateral, una parálisis de las cuatro extremidades, más intensa en los brazos
— Diplejia, parálisis de las cuatro extremidades más intensa en las piernas.
— Paraplejia, la paresia se extiende solamente a las piernas.
— Monoplejias, muy raras, pudiendo sospecharse que corresponden a una hemiplejia o paraplejia muy rudimentaria
- f) Desde el punto de vista del síndrome neurológico distinguimos:
— Lesiones de la vía motora piramidal (parálisis con espasticidad)
— Lesiones de la vía extrapiramidal (disquinesias y distonías) y lesiones cerebelosas o de las estructuras del tronco del encéfalo (taxias, temblores).

V. CARACTERISTICAS

Por la naturaleza de las causas que pueden producir un daño cerebral importante, se comprende que éste no sólo se limita a las regiones del cerebro que rigen las actividades motoras y del tonus, sino que también afectan regiones que rigen otras funciones y que completan el cuadro motor central. De más está decir que estos trastornos, por ser secuelas de una misma causa ya que dejó el daño motor, tampoco son progresivos.

Las funciones más corrientes alteradas en los niños con P. C. son las siguientes:

19. **Trastornos intelectuales:** Son de enorme trascendencia para la rehabilitación ya que mientras más profundo sea el déficit más difícil será el tratamiento del niño. Sin entrar a cifras estadísticas podemos decir que un gran porcentaje presentan bajo nivel intelectual, pero que también se encuentran a menudo de inteligencia normal e incluso de inteligencia superior.

Es conveniente hacer notar que aun en los casos en que no hay deficiencia mental propiamente tal, es posible encontrar alteraciones perceptuales del tipo de las agnosias y afasias, que dificultan enormemente el proceso de aprendizaje.

Con respecto al pensamiento podemos decir que frecuentemente presentan anomalías que los llevan a establecer relaciones inusitadas y les dificultan la capacidad de abstracción, juicio y razonamiento.

20. **Trastornos de lenguaje:** En muchos niños con P. C., el lenguaje articulado no existe o su desarrollo es deficiente. Las condiciones fundamentales para hablar, como para oír, ver y movilizar los músculos de la locución, están alterados y falta una integración normal de los centros funcionales del lenguaje, por lo tanto, pueden no aprender a hablar, o sólo logran un lenguaje deficiente en uno u otro aspecto.

30. **Trastornos visuales:** a) Trastornos de la movilidad del globo ocular. Son las más frecuentes, especialmente en el estrabismo que pueden ser convergente o divergente.

b) Disminución de la agudeza visual:

Grosas alteraciones anatómicas (cicatrices o retinas y coroides, defectos del campo visual por destrucción de las vías; malformaciones ligeras, anomalías de la distribución vascular de la retina)

c) fallas en la elaboración central de la percepción

40. **Trastornos auditivos:** Están determinados por alteraciones anatómicas del oído y alteraciones en la corteza cerebral o en las vías acústicas. Las alteraciones del oído interno o de los nervios acústicos ocasionan sorderas uni o bilaterales, parciales o totales. Como es fácil comprender, esto, aparte de la intervención en la producción de anomalías en el lenguaje, puede contribuir a la desadaptación del niño.

Las alteraciones en las zonas de la corteza relacionadas con la comprensión y formulación del lenguaje determinan trastornos del tipo de las afasias.

50. **Aspecto ortopédico:** En este aspecto se pueden encontrar diversas deformaciones de los miembros y hasta del cuello y tronco, provocados, en algunos casos, por la contractura permanente en mala posición, derivadas de las alteraciones motoras y tonus propias del síndrome. (mano en pronación de los hemipléjicos). Otras veces las deformaciones no se deben a la P. C. misma sino que pueden producirse junto a una malformación cerebral. (deformidades de los pies y manos)

60. Al estudiar el síndrome de P. C. no se puede dejar de mencionar la epilepsia como un factor concomitante que se encuentra con gran frecuencia y que por su prolongación y repetición a través de los años puede conducir a mayores daños provocados por los ataques mismos. La forma clínica que más a menudo se encuentra es el **gran mal**, es decir las severas convulsiones generalizadas, acompañadas de pérdida del conocimiento, pero también la encontramos en sus formas más leves (*petit mal*).

70. Para complementar esta breve visión de las alteraciones asociadas al síndrome de Parálisis Cerebral, nos referimos a las perturbaciones del desarrollo de la personalidad, causadas secundariamente por la enfermedad o como consecuencia de las actitudes de la familia y del grupo social.

El desarrollo de la personalidad de todo individuo está profundamente influenciado por las experiencias de los primeros años de vida, que se centran en la familia, especialmente la madre. Madre y niño forman una simbiosis biológica primero y psicobiológica después; a medida que el niño satisface sus necesidades a través de la madre, va naciendo un lazo afectivo tan profundo que la necesidad de afecto y protección pasa a convertirse para él en una necesidad básica más. El deficiente contacto del P. C. con su madre, especialmente en la relación alimenticia, por efecto de las perturbaciones musculares agravado por los trastornos visuales, auditivos, táctiles, etc., van alterando lentamente la comunicación natural entre madre e hijo colocándolos por fin, por lo menos parcialmente, aislados uno del otro situación que termina por provocar toda una secuela de problemas emocionales, de adaptación social e incluso intelectuales.

Por otra parte, es difícil que los padres y la familia en general adopten una actitud objetiva de captación del niño con todas sus limitaciones y que lo traten, en consecuencia. Lo más frecuente es encontrar en ellos actitudes extremas que van de la sobreprotección al rechazo, encubierto o franco.

Si estas situaciones se producen en el seno familiar no es de extrañar que ocurra en el resto del grupo social. Así es como el P. C.

está generalmente marginado de las actividades del grupo. El temor al ridículo y al rechazo, la imposibilidad de comunicación adecuada, le provocan la ansiedad y para defenderse de ella recurre a una serie de mecanismos que representan también un obstáculo para su adaptación y una seria barrera para el buen éxito de la tarea rehabilitadora.

LA PSICOMOTRICIDAD EN EL NIÑO CON DAÑO ORGANICO CEREBRAL MINIMO O DISFUNCION CEREBRAL

DEFINICION: El nombre de lesión cerebral mínima se emplea en este cuadro para diferenciarlo del que produce un daño cerebral importante o grosero y que se refiere a la existencia de signos neurológicos evidentes. El término mínimo va encaminado a resaltar de que se trataría más bien de una disfunción cerebral que de un daño propiamente tal.

Aun cuando todavía no existe acuerdo entre los diferentes autores acerca de la forma apropiada para denominar este cuadro (D. O. —lesión cerebral mínima —disfunción cerebral) daremos aquí sólo dos definiciones (una de base neurológica y otra de índole psicológica) que facilitará la comprensión de los trastornos psicomotores que se suelen presentar y que expondremos más adelante.

Se entiende por disfunción cerebral un complejo síndrome de origen orgánico cerebral que se presenta en niños de inteligencia normal, casi normal y sobre lo normal, y cuyas manifestaciones se encuentran tanto en la vertiente neurológica como psicológica. En lo neurológico se observan signos no sistemáticos que varían de intensos a leves y que se asocian a desviaciones del sistema nervioso central; en lo psicológico se manifiesta por anomalías específicas del aprendizaje, la adaptación y el carácter.

Wedel: "Una condición clínica en la cual no se encuentran o existen pocas anomalías neurológicas, pero hay un claro desorden del conocimiento, el pensamiento o la afectividad, tales como las asociaciones o las anomalías neurológicas manifiestas".

Definido muy sucintamente el cuadro, intentaremos señalar en forma muy general, cuáles serían los aspectos de su psicomotricidad que con más frecuencia se presentan alterados.

Estos niños presentan un síndrome neuro-psíquico, con una vertiente psíquica, de comportamiento anormal (la más importante) y una vertiente neurológica, generalmente motora, que es la que revisaremos aquí.

El **síndrome motor** de la disfunción cerebral, cuando existe, es la debilidad motriz, con sus síntomas piramidales y cerebelosos.

Sin embargo, esta debilidad motriz, por así decirlo, no se presenta nunca aislada, sino que formando parte de la realidad y evolución neuropsíquica total del niño, en la cual afecto-psiquis-motricidad están invariablemente ligadas.

Por lo tanto no se pueden comprender los trastornos de estos niños, más que en el conjunto de su maduración y desarrollo. La evolución del niño no puede ser separada de la evolución de la sensomotricidad, la que va a la par con las posibilidades madurativas.

De este modo, cualquier enfoque de los trastornos psicomotores del niño con lesión cerebral mínima puede dárlo en forma aislada, sólo con fines didácticos, entendiéndose que éstos no adquieren su verdadera significación por sí solos y que constituyen parte indisoluble del resto de la problemática de estos niños.

Frente a estos trastornos que tocan diferentes esferas, pero que esencialmente hemos sintetizado como psico-motores, existirían cuatro niveles:

- a) en cuanto al desarrollo de la psicomotricidad
- b) en cuanto a las alteraciones propias del comportamiento y la conducta
- c) en cuanto a la motricidad fina
- d) en cuanto a signos neurológicos menores

a) **Desarrollo de la psicomotricidad:** Estos niños suelen presentar a lo largo de su historia vital, signos evidentes de retraso o inadecuada evolución de las diferentes etapas del desarrollo motor: retraso en la iniciación de la deambulación y de otras manifestaciones motoras más tempranas (sentarse, pararse, etc.), torpeza motora en las primeras etapas del desarrollo que aunque leves, suelen persistir en edades más avanzadas; falta de un desarrollo continuo, armonioso, observándose una tendencia a saltarse etapas "no gateo" o permanecer más del tiempo normal en una de ellas.

En general la historia de su desarrollo se puede evidenciar que si bien su evolución motora no ha sido francamente patológica, se ha hecho con cierto retraso en relación a sus hermanos.

b) **Las manifestaciones psicomotoras del comportamiento:** Son las que acaparan la atención del observador con mayor intensidad, ya que son las que perturban directamente cualquier intento de adaptación.

Se destaca aquí especialmente la **hiperkinesia permanente** la que está de acuerdo con una desinhibición e impulsividad normal. Esta es progresiva, llegando un momento en que los padres no pueden con el niño, que además, tiene reacciones excesivas, temerarias, antisociales. En algunos casos, el origen de esta conducta se remonta a las primeras fases del desarrollo; otras veces pueden escapar a la observación del medio y sólo se hace evidente cuando ingresa al colegio, momento en que las exigencias del control motor aumentan.

En otro extremo opuesto se destaca su **lentitud**, su torpeza, su inhabilidad manifiesta en las diferentes tareas escolares y domésticas: lentos, retraídos, les cuesta participar en actividades generales. La marcha desde un principio ha sido torpe, inestable, no corren, no saltan como otros niños; tienen dificultades para subir y bajar escaleras; se caen con frecuencia.

Conjuntamente con estos elementos, pero no en primer plano suelen presentar crisis epilépticas del tipo crisis **psico-motoras**; a veces erróneamente son tratados como epilépticos propiamente tales, dejando el aspecto conductual y de aprendizaje que en el daño con disfunción cerebral tienen más importancia.

Otras veces se caracterizan por presentar tics continuos, extremadamente variables en sus localizaciones, gesticulando sin cesar, sumergidos en una notable inestabilidad psicomotriz.

c) **Alteraciones motoras finas**: Se refieren a la reproducción gráfica fina, lo que se evidencia a través de las dificultades que suelen presentar en la reproducción de figuras geométricas o símbolos de cierta complejidad (letras, números) y manejo dificultoso de los tests psicológicos que exploran estas funciones. Indudablemente estas dificultades motoras finas aparecen íntimamente relacionadas con problemas visoperceptivos que en el niño con disfunción cerebral adquiere una gran importancia.

Serían: —Falta de flexibilidad asociativa

—Distorsiones en la reproducción de figuras por dificultades en la angulación, rotación separación o inclinación de los elementos constructivos.

Estos trastornos de la motricidad fina, estarían motivados por trastornos prácticos (falta de independencia entre los movimientos de los dedos) y alteraciones del tipo de las gnosias que impiden una percepción táctil-kinestésica adecuada, lo que indudablemente repercute en un torpe manejo de aparatos y utensilios de trabajo.

d) **Signos neurológicos menores**: Todos estos trastornos se hacen más evidentes al examen neurológico el que intenta dar un significado de los mismos.

Por no ser éste un tema de nuestra competencia, daremos en forma muy resumida lo que, clínicamente, aparece más evidente a los ojos del especialista:

—Movilidad sin objeto

—Incoordinación

—Movimientos extraños que remedan a los coreicos, proximales, sobre todo de acomodación del hombro, exagerado por estímulos ambientales

—Falta de expresión facial, no necesariamente seria; a veces aparición de somnolencia o indiferencia.

—Mirada cambiante y movediza, evidenciándose muchas veces un estrabismo interno

—Tensión muscular permanente

—Frecuentemente respiración irregular, entrecortada, suspirante

—Paratonías frecuentes

—Sincinesias intensas sobre las que, a veces, basta llamar la atención para que desaparezcan

—Reacciones tónico-sensoriales fuertes: reacciones de sobresalto intensas, producidas especialmente por estímulos auditivos

—Falta de control motor

—Automatismo en la marcha y la carrera: Pueden aparecer pequeños movimientos anormales o gestos más automáticos, como rascarse la cabeza, etc.

—Trastornos en la lateralización

—Trastornos del esquema corporal

—Estado temporal que se refleja por perturbaciones del ritmo respiratorio, temblor fino y toda una gama de actividades gestuales más que propiamente motrices.

Nos referimos ahora a los cuadros que concurren con mayor frecuencia en la Escuela de Educación Especial Nº 4.

DEFINICION

Desde un punto de vista práctico clasificamos en dos grupos: A.— **Lisiados por enfermedades congénitas** que serían los sujetos nacidos con un defecto físico, sensorial o psicológico, que lo hace aparecer de menor capacidad frente a otro que estimamos normal, y B.— **Lisiados por enfermedades adquiridas**, las personas nacidas normales que en el curso de su vida sufren afecciones que dejan como secuelas una menor capacidad. Incluimos en este grupo algunas enfermeda-

des que estando presente en la vida embrionaria no se hacen apreciables sino en el curso de la vida extraordinaria (distrofia muscular-osteogénesis imperfecta)

CLASIFICACION:

A. Lisiados por enfermedades congénitas:

1. Malformaciones:

- a) pie bot
- b) Luxación de cadera
- c) Meningocele
- d) Hidrocefalia
- e) Espina bífida

2. Amputaciones

3. Astrogriposis

B. Lisiados por enfermedades adquiridas:

1. Enfermedades neuromusculares:

- a) Poliomielitis
- b) Polineuritis
- c) Distrofias musculares

2. Enfermedades osteoarticulares:

- a) T.B.C.
- b) Osteomielitis
- c) Enfermedades metabólicas óseas:
 - Raquitismo
 - Osteomalasia
 - Osteogénesis imperfecta
- d) Artritis

3. Traumatismos

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

Procuraremos definir muy brevemente los cuadros más característicos.

1. **Malformaciones**: Son formaciones defectuosas de algún órgano.

2. **Amputaciones**: Ausencia parcial o total de uno o varios órganos que debieran existir.

3. **Artrogriposis**: Enfermedad de causa desconocida caracterizada por limitaciones a la movilidad articular que producen rigideces que incapacitan en forma importante.

1. Enfermedades neuromusculares:

Alteración fundamental de la relación armónica nervio-músculo. Destacamos entre ellas:

a) **Poliomielitis**: Enfermedad endémica con brotes epidémicos causada por el **virus polio** del cual existen tres grupos serológicamente distintos designados como: Brunilda, Lansind y Leon o I, II, y III respectivamente y que se localizan en las neuronas motoras de la médula espinal destruyéndolas total o parcialmente e induciendo una parálisis de los músculos voluntarios.

b) **Polineuritis**: Inflamación de los nervios y sus terminaciones, causada por múltiples agentes: virus, intoxicaciones, anemias vitamínicas, etc. y que ofrece como síntoma principal alteraciones de la sensibilidad y del movimiento.

c) **Distrofia muscular**: Enfermedad muscular de causa no precisada, caracterizada por atrofia de las fibras musculares y reemplazo de ellas por tejido conjuntivo que origina una falta de capacidad muscular.

2. Enfermedades osteoarticulares:

Incluye una serie de cuadros que dejan como secuelas: deformaciones, acortamiento o rigideces que limitan al individuo simplemente por destrucción del esqueleto óseo o sus articulaciones, siendo el factor común a todos ellos, variando sólo el agente causal. Así en la TBC el agente es el bacilo de Koch al localizarse en un hueso o articulación. En enfermedades metabólicas existe un defecto del metabolismo que facilita esta destrucción y en artritis crónicas, cuya causa no es clara, se supone un fenómeno alérgico, hay también destrucción articular progresiva.

3. Traumatismos:

Lo hemos agrupado en un sector aparte tanto por la importancia creciente, como factor causal de lisiados, como porque sus secuelas son múltiples.

Traumatismo es la agresión del organismo por un agente físico o mecánico y que como resultado de él, el individuo presenta una lesión o destrucción reparable o irreparable, interesándonos a nosotros sólo estas últimas que llamaremos secuelas y de las cuales mencionaremos:

- a) Amputaciones, que son pérdidas parciales o totales de órganos y,
- b) Deformaciones, cuya acción invalidante es mayor si produce rigideces o retracciones que dificultan la actividad.

CARACTERISTICAS

Cualquiera que sea la enfermedad causante y la presentación de la lesión, los seres afectados presentan una serie de factores limitantes

susceptibles de esquematizar o clasificar en grandes rubros de menor capacidad, a saber:

- a) Físicos
- b) Psicopedagógicos
- c) Socio-económicos

a) Menores capacidades físicas:

Nos parece fácil y práctico grabar el concepto de dificultad que el hombre enfrenta en la vida diaria y que aflorará sólo si se imagina un liado de cualquier tipo y se sigue desde que yace en la cama hasta el mundo del trabajo y relación social.

Así tenemos que esta menor capacidad física se manifiesta en:

1º Dificultad para el desplazamiento y cambiando posición en el lecho

2º Dificultad para asearse y vestirse

3º Dificultad para desplazarse dentro del hogar

4º Dificultad para alimentarse

5º Dificultad para desplazarse fuera del hogar, sea caminando, utilizando silla de ruedas o usando cualquier medio de transporte

6º Dificultad para desempeñar cualquier trabajo físico o intelectual

b) Aspecto psicológico del incapacitado:

El trabajo psicológico primario está orientado a la obtención de una aceptación de la incapacidad.

Es necesario señalar los factores psico-sociales que afectan este ajuste, analizando además el status que implica la incapacidad.

Posición del status inferior:

Las limitaciones físicas pueden producir sufrimiento y frustración que son mayores cuando afectan los sentimientos de la persona hacia sí mismo, como en todo. "Cuando más dure la vergüenza y el sentimiento de inferioridad, en relación a la incapacidad, tanto más demorará en aceptar la realidad".

Se encuentran algunas dificultades:

- A) Las opresiones y sufrimientos que resultan de las restricciones impuestas por la mayoría dominante.
- B) Los sentimientos de minusvalía personal derivados de sus desventajas.

PERFIL PSICOLOGICO

CONDUCTA DEL INCAPACITADO

1) Conducta "como sí"

En la primera etapa el incapacitado busca acomodo comportamental y se da cuenta de sus dificultades e internaliza su incapacidad de acuerdo a sus propios valores

Si estas pautas establecen que la incapacidad es digna de vergüenza tratará de:

- a) ocultarla, de que no exista y
- b) si el conflicto persiste, negará u olvidará aquello que se le presenta como una deficiencia. Encubrirá para ser aceptado como normal. Si esto llega a ser demasiado fuerte, aunque la incapacidad sea leve o temporal, puede dar lugar a:
- c) Conductas reactivas o neuróticas: se actúa como si la incapacidad no existiera, no se acepta, se olvida, se niega.

Este esconder se adecúa internalizando en sus perspectivas su incapacidad, la acepta y actúa como si fuera normal. Debe actuar lo más parecido a los demás y ser tratado como los demás.

Necesita gran esfuerzo para actuar como si y es un esfuerzo inútil; la vigilancia encubridora conduce a un esfuerzo en lo físico y en las relaciones interpersonales.

Al intentar olvidar, está permanentemente consciente de su incapacidad, lo que adquiere un valor como determinante de la conducta en la vida del sujeto.

2) Idealización de los standards normales:

Esto es tomar el desempeño normal como modelo de conducta, situación que puede ser evitada logrando una modificación del sistema de valores.

Es un hecho demostrado que el éxito está determinado por el nivel de aspiraciones de la persona, el cual dice relación con las capacidades con que se cuenta.

"Después de un éxito las metas aumentan, después de un fracaso disminuyen".

El desempeño normal es inalcanzable, pero lo desea, lo cual le provoca fracasos respectivos.

Al no lograr un buen desempeño, aparecen sentimientos de daño a sí mismo, de culpabilidad, se hace mayor el grado de incapacidad. La idealización relega a la persona a un nivel de inferioridad objetiva y moral.

La conducta como si aumenta la idealización.

A veces ésta se aprovecha, ya que da motivación necesaria para que los esfuerzos persistentes sobrepasen las limitaciones.

Se debe diferenciar el actuar como persona normal, que es una conducta desajustada del sentirse como persona normal, comprensión de sí mismo ajustada, ya que la incapacidad no invalida la personalidad total.

3) Identificación con el grupo:

En este sentido se pueden producir dos conductas en el incapacitado:

- a) Hostilidad y agresividad frente a los incapacitados, molestia por las imperfecciones de los demás,
- b) Tendencia a sentirse cómodo solamente con los incapacitados. El esfuerzo por esconder la incapacidad impide que la persona se sienta formando parte de la humanidad en general. Las personas con limitaciones físicas desean ser consideradas como personas normales. Opera entonces el principio de la vigilancia que es la tendencia a responder al peligro aumentando el alerta y mientras más oculte la incapacidad, mayor va a ser la inseguridad.

LA COMPENSACION COMO SOLUCION

Conocer las capacidades remanentes da seguridad al sujeto, él puede saber con qué cuenta.

El sobreponerse a la sensación de inferioridad que provoca la incapacidad es una parte de la compensación.

Formas de compensación:

a) **Compensación reactiva:** Aceptar y reconocer limitaciones de incapacidad y conformarse con lo que pueden hacer.

b) **Compensación como liberación o equiparación:** Ajuste entre las actividades que puede realizar y en las cuales encuentra recompensa. El agrado de hacer algo bien supera la vergüenza de lo que no puede hacer. La compensación es útil sobre todo cuando involucra una aplicación de la esfera de valores.

EFFECTOS SOBRE LA PERSONALIDAD DEL HECHO INCAPACITANTE

El sujeto es socialmente poco privilegiado y percibe su desventaja ante la competencia externa.

A mayor incapacidad es más rápido el ajuste, porque es más rápido el dinamismo de aceptación; no sucede lo mismo con la incapacidad leve, ya que aquí es muy fácil disimular y esconder.

Se establece pues una ley: "A mayor incapacidad, menor dificultad de ajuste".

EL CAMBIO DE VALORES EN LA ACEPTACION DE LA INCAPACIDAD

Mecanismos que modifican estos valores y pasos para la aceptación. Es necesario que internalice sus diferencias con los otros, pero no aceptándolos como una devolución para él como persona. Tomamos como ejemplo aquellas incapacidades traumáticas súbitas (amputaciones).

1) Idea de amenaza: Después del accidente se provoca un shock sobre su físico, focaliza su atención sobre su problema.

2) Asociación de la idea amenazante con la idea de culpa; se siente castigado desde un punto de vista social.

3) Surge la idea de inferioridad personal, esta idea se propaga a la personalidad total.

4) Comienza a rechazar a sí mismo, y aquí puede darse el primer paso a la aceptación. Se da cuenta del esfuerzo que le significa no aceptar la incapacidad y ocultarla y que a pesar de sus esfuerzos es real y los demás la ven.

5) Hace un examen de sus valores anteriores y ve la necesidad de ampliar la esfera de valores. Los anteriores no se pueden satisfacer con la incapacidad y debe cambiarlos por otros que le den mayor satisfacción.

6) Hay dos extremos en la ampliación de los valores:

a) Muy contentos con la nueva situación, lo que provoca una pseud euforia, que en todo caso implica esfuerzo de balance.

b) Resignarse a la pérdida: esto significa agobio, infortunio, estado de no lamentarse más.

Consideremos ahora, o al menos nombremos a modo de pauta, algunos puntos del sujeto que acepta la incapacidad.

1) Tiene confianza en los valores y pautas culturales, internalizadas más que en presiones externas.

2) Tiene fe en su capacidad de lucha por la vida.

3) Es responsable y acepta las consecuencias de su conducta.

4) Acepta elogios y críticas objetivamente.

5) No reprime, ni distorsiona sus sentimientos, motivaciones, etc.

6) Se estima en un mismo plano con los otros.

7) No espera el rechazo individual o social.

8) Se ve como sujeto semejante a las demás personas con que convive.

Después de lo que hemos expuesto, no es difícil darse cuenta de las serias implicaciones que el problema tiene en el ámbito educacional y por lo tanto, de la acabada formación y disposición especial que necesita el educador que trabaja en este terreno. Esta situación se ve agravada cuando constatamos que la mayoría de los educandos proviene de hogares mal construidos, padres separados, alcohólicos con frecuencia, de un bajo nivel cultural, bajo nivel socio-económico.

Esta variable de situaciones los hace asumir ante el problema actitudes equivocadas, conductas neuróticas de rechazo, sobreprotec-

ción, etc. Nuestra labor resulta estéril si no tenemos el respaldo de la familia del niño. La pobreza del medio en que viven, no sólo en la alimentación, sino pobreza de estímulos, de relaciones interpersonales, nos da resultados muy negativos en los aspectos intelectual y social. No es raro encontrarse pues con niños pseudo deficientes mentales, algunos, deficientes otros; agresivos unos, inhibidos otros. Los profesores deben pues atender a niños, no sólo de diferentes edades sino que con distintas lesiones físicas y psicológicas, muchas de las cuales requieren atención casi individual. Cada profesor debe estar en antecedentes de la situación psicológica de sus alumnos, pues es fuente inestimable de información conductual, sobre todo de aquellos que siguen tratamientos psicológicos.

TRATAMIENTO PEDAGOGICO

La base del tratamiento pedagógico del disminuido físico, en concordancia con la fundamentación psicológica anterior, la constituyen los Principios de Pedagogía Terapéutica, que representa la relación del individuo y su medio, en el tiempo, el espacio y el proceso de recuperación de su personalidad, en armonía con la exigencia social.

1. La habitación y disponibilidad reaccional, que traducimos en la ejecución de movimientos coordinados que ahorran esfuerzos y permiten establecer las debidas conexiones cerebrales y el correspondiente entrenamiento intelectual.
2. La compensación biopsíquica, para el dinamismo de la personalidad, involucra el ofrecer al educando las oportunidades de participar en el proceso creador de convivencia y trabajo que permitan al sujeto con handicap físico adquirir mecanismos motores y espirituales compensatorios para actuar con seguridad y superar las dificultades.
3. La acomodación tempo-reaccional que impone la organización de dispositivos que permitan actuar oportunamente ante los estímulos, y el medio; tiempo y espacio son los factores que han de hacer efectiva la psicomotricidad.
4. Como culminación del proceso al principio de Utilidad y Praticidad para la adaptación del individuo al campo ocupacional, basado en una sólida estructuración de su personalidad, consciente de sus capacidades, en un medio para todos difícil pero al que podrá afrontar con las herramientas necesarias para ser útil a sí mismo, al medio familiar y a la colectividad.

Funcionan en el país cinco establecimientos para atender la población escolar con daño motor, dependientes del Ministerio de Educación, ellos son:

- 1) Escuela de Educación Especial Nº 8 de Antofagasta, creada en el año 1964.
- 2) Escuela de Educación Especial Nº 11 de Valparaíso, creada en 1960.
- 3) Escuela de Educación Especial Nº 24, creada en 1967.
- 4) Escuela de Educación Especial Nº 15, con cuatro años de funcionamiento.
- 5) Escuela de Educación Especial Nº 4, creada en 1950.

Los establecimientos de Santiago ofrecen el siguiente panorama:

La Escuela de Educación Especial Nº 24 atiende una matrícula media de 60 alumnos, distribuidos en:

Parálisis cerebral:

Curso Parvulario	8 niños
Nivel A (Pre-primario y Primero inferior)	8 niños
Nivel B (1º Superior y 2º y 3º Básico)	8 niños
Daño orgánico cerebral mínimo (dos cursos 10 Als. c u)	20 niños
Control rotativo (Dos cursos con 8 Als. c u)	16 niños

Su personal lo constituyen: 5 Profesoras Especialistas y una Profesora Parvularia, personal que se complementa en Equipo con profesionales del Servicio Nacional de Salud, destacado en el Hospital Roberto del Río.

El local que ocupa le fue construido especialmente dentro del terreno del Hospital y consta de un cuerpo con tres salas de clases, una oficina y servicios higiénicos, se encuentra en construcción un nuevo cuerpo destinado a: sala de párvulos, sala de Terapia y oficinas de especialistas.

El material didáctico es financiado en parte por el Ministerio de Educación y Centro de Padres.

La Escuela Nº 15 atiende 20 alumnos con handicap físico derivado o concurrente al daño Orgánico Cerebral Mínimo. Este alumnado se distribuye en dos grupos.

Ocupa un lugar arrendado en las inmediaciones del Hospital Luis Calvo Mackenna.

La Escuela de Educación Especial Nº 4 atiende una matrícula media, anual, de 169 alumnos distribuidos en la forma siguiente:

	CARACTERISTICAS	PROGRAMA
GRUPO A	ALS. con handicap físico Inteligencia Normal	Enseñanza Básica de 1º a 8º Año Exploración vocacional y profesional. Labor de seguimiento y ubicación en:
GRUPO B	Als. con handicap físico Inteligencia limitada Problemas de personalidad	Enseñanza básica por Niveles de acuerdo a: a) Capacidades intelectuales b) Capacidades físicas Exploración Vocacional. Aprendizajes para la vida práctica y utilitaria Talleres protegidos.
GRUPO C Cursos de Parálisis Cerebral	ALS. con handicap físico Inteligencia: normal pseudo deficiencia Problemas de personalidad	Enseñanza básica por Niveles de acuerdo a capacidades: a) Físicas b) Intelectuales Exploración Vocacional Aprendizaje para la vida práctica y utilitaria: a) Actividad b) Oficio Talleres protegidos Labor de seguimiento: a) Otras escuelas b) Talleres de la Escuela c) Vida del trabajo

La Escuela de Educación Especial Nº 4 trabaja con un Equipo Multidisciplinario completo, designado por el Ministerio de Educación, a excepción de médico, rentado temporalmente por la Municipalidad de Providencia. Este Equipo está integrado por:

- 1 Directora
- 6 Profesores comunes
- 5 Profesores experimentales
- 6 Profesores especiales de actividades artísticas y Talleres
- 1 Médico
- 3 Kinesiólogos

- 1 Psicólogo
 - 1 Fonoaudiólogo
 - 1 Asistente Social
 - 1 Orientadora
 - Personal Paradocente 4
 - Personal Administrativo 1
 - Personal Auxiliar 14
- Respecto al local, funciona la Escuela en una casa arrendada, inadecuada al tipo de alumnos y con serios problemas de espacio y salubridad. Se gestiona, actualmente, la inclusión de la Escuela en los Programas de Construcciones Escolares.

sobre el daño orgánico

Comisión: MERCEDES SOLARI, MARIA ARAYA,
MOISES PINEIRO

INTRODUCCION

Aun cuando el tema de daño orgánico es netamente médico y sólo el neuro-psiquiatra que se ha dedicado a su estudio puede desarrollarlo con propiedad, nuestra calidad de profesores integrantes del equipo psico-pedagógico de los servicios de Neuropsiquiatría de los Hospitales Calvo Mackenna y Roberto del Río, se ha traducido en una efectiva ayuda por parte del equipo; cada uno de los integrantes de éste nos ha esclarecido conceptos y definiciones, que nos permitirán referirnos al tema en un lenguaje más simple y accesible.

El cuadro sintomático a que nos referimos, es un cuadro cuya investigación científica a nivel mundial se encuentra aún en sus comienzos, recién alcanza a las dos décadas. A través de este tiempo se le ha dado diferentes denominaciones tales como: Síndrome Conductual de Daño Orgánico Cerebral; Síndrome Hiperkinético; Desórdenes Hiperkinéticos Impulsivos; Dispraxias (Ajuraguerra); Desórdenes Conductuales Post-Encefálico; los italianos lo denominan Síndrome de Alteraciones Gnosopraxias y Síndrome de Difusión Cerebral Mínima. Esta última denominación, formulada por la Comisión de Trabajo, patrocinada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas del Servicio de Salud Pública de EE.UU., cuya última publicación data del año 1968, es la mayormente aceptada en la actualidad y es la que intentaremos definir.

Un retrato hablado que cualquier profesor haría de un niño con disfunción cerebral mínima, podría ser el siguiente: "Se observa como un niño inquieto, desinhibido en el lenguaje y en los movimientos, llamador de atención. Aunque parece inteligente, se muestra incapaz de sentarse tranquilo y de concentrarse en una tarea, se pasa el tiempo moviéndose, tocando y llevando a la boca todo lo que tiene a su alcance. Su carácter tan pronto es alegre como irritable o aburrido, en un ritmo imposible de predecir. Su curiosidad va desde la apatía, a preguntas que repite constantemente como si no entendiese.

Los que hemos trabajado en la escuela común sabemos que las condiciones de vida pre-natales y post-natales de nuestros alumnos, a menudo no son las más deseables, esto tiene una incidencia frecuente con el hecho de encontrarnos en los cursos con niños como el anteriormente descrito, cuyo rendimiento es bajo a pesar de su inteligencia y cuya conducta contribuye a hacer difícil y desagradable el trabajo en el grupo curso, bajando así el rendimiento general de éste.

De aquí la importancia que consideramos tiene para el profesor de curso, conocer y comprender este cuadro sintomático, por ahora en su aspecto de definición y diagnóstico y es de esperar que en futuras jornadas, en su atención pedagógica que debe ser especializada y aplicada en los primeros años de estudio.

DEFINICION

Disfunción Cerebral Mínima es un síndrome de origen orgánico cerebral que se presenta en niños de inteligencia normal, casi normal o sobre normal, y cuyas manifestaciones se encuentran tanto en la vertiente neurológica como psicológica. En lo neurológico, se observan signos no sistematizados que varían de intensos a leves y que se asocian a desviaciones de las funciones del Sistema Nervioso Central, las alteraciones neurológicas pueden manifestarse por varias combinaciones de compromisos, ya sea en la percepción, conceptualización, lenguaje, motricidad.

Para expresar esquemáticamente las principales anomalías de este orden, es posible agruparlas en dos grandes rubros:

1. Perturbaciones de la coordinación motriz con anomalías en el orden de las sinorgias.
2. Perturbaciones sensoriales del orden de las gnoxias. En lo psicológico, el síndrome de disfunción mínima se

manifiesta por anomalías específicas del aprendizaje, de la adaptación y del carácter.

Entre las anomalías específicas del aprendizaje cabría mencionar las dificultades senso-perceptivas y del pensar abstracto. Entre las dificultades del carácter, nos encontramos con labilidad emocional, irritabilidad, impulsividad. Entre las incapacidades que obstaculizan la adaptabilidad, tenemos la hiperactividad, distractibilidad, cortos períodos de atención y variaciones impredecibles de la conducta diaria.

En general, los síntomas de este síndrome pueden ser muchísimos y llegar a 100; pero debe especificarse que muchos de ellos no son exclusivos de él y que no se dan en cada niño en forma invariable y constante, sino lo más frecuente es que se presenten combinados de diferentes maneras y en la más amplia gama de intensidades, de modo que cada niño constituye un caso diferente.

ETIOLOGIA

Se consideran las causas de la Disfunción Cerebral Mínima muy semejantes a las de Parálisis Cerebral, ya que para algunos autores como Paine, este síndrome constituiría el extremo más leve en la curva de las lesiones cerebrales. Es así como se estiman causas, las anomalías presentes en el embarazo, parto y durante el desarrollo del niño hasta los tres años de edad.

En las pre-natales, se encuentran enfermedades infecciosas graves de la madre (rubeola), intoxicaciones o irradiaciones prolongadas.

En las peri-natales, están los partos muy difíciles y las anoxias sufridas por el niño.

En las post-natales, cabe mencionar las enfermedades infecciosas graves, sufridas por el niño como meningitis, encefalitis y además los golpes con pérdida de conocimiento o traumatismos encefalocraneanos.

Las causas antes mencionadas aparecen casi siempre claramente expuestas en la historia clínica del niño y constituyen antecedentes ciertos y comprobables.

Pero en este síndrome no siempre se pueden comprobar causas directas y es así como un examen neurológico minucioso y especializado podrá establecer aquellas etiologías que se refieran a un retardo del proceso de mielinización de las fibras de asociación del Sistema Nervioso Central, que no alcanzan aún su normal maduración.

Es posible que en este síndrome se den también causas metabólicas o que se presenten causas de herencias, estas últimas se referirían a la transmisión de anomalías del S. N. Central, desde disgenesias cerebrales a anomalías más leves, que determinan una función anormal según la zona que afecten.

CLASIFICACION

Debido a la naturaleza tan compleja del síndrome de Disfunción Cerebral Mínima y a que su investigación es relativamente muy reciente, el cuadro mismo no se ha sometido a una clasificación cualitativa unánimemente aceptada. En algunos servicios se utiliza una clasificación de Strauss, de acuerdo al cociente intelectual del niño con disfunción. El estudio realizado por un equipo médico, en el servicio de Neuro-Psiquiatría del Hospital Roberto del Río, que comenzó la investigación de este síndrome alrededor de 1960, ha elaborado una prueba destinada

a determinar la disfunción mínima. Esta prueba consta de 26 ítems, que exploran coordinación motriz, alteraciones de las senso-percepciones y sinergias patológicas. Estos signos no son específicos de este cuadro y aisladamente pueden encontrarse hasta en niños normales. Es el conjunto de cierto número de signos anormales, al que puede atribuírsele significación patológica.

Esta prueba ha sido suficientemente standarizada y se considera que la frecuencia de un 25 por ciento de signos alterados configura un cuadro de disfunción mínima. A pesar de que esta prueba no proporciona una clasificación cualitativa, en la práctica, sin embargo, permite una clasificación cuantitativa que facilita el manejo clínico del caso.

CARACTERISTICAS DEL CUADRO

Cada niño con Disfunción Cerebral Mínima manifiesta un único grupo de síntomas psicológicos, cuya presencia lo coloca en desventaja en el aprendizaje y en el comportamiento adaptativo, ya que el ambiente se le presenta suficientemente molesto, en relación a la magnitud de sus alteraciones.

Las características más sobresalientes asociadas a esta Disfunción Mínima, podríamos agruparlas en tres grandes áreas.

- A. Las relaciones con el carácter.
- B. Las relaciones con el aprendizaje.
- C. Las relaciones con la adaptación.

Describiremos enseguida la forma cómo cada característica puede presentarse en cada niño.

- A. En lo relacionado con el **carácter** observamos:

—Labilidad emocional

—Irritabilidad

—Impulsividad

Labilidad emocional: el niño no es estable en sus emociones, las que además, pueden no estar de acuerdo a las circunstancias. Clínicamente esa estabilidad alterada se expresa por cambios de carácter, llanto fácil, risas inmotivadas, miedo a su vivencia de minusvalía, dificultad para enfrentar situaciones normales a su edad, apareciendo a menudo las llamadas situaciones catastróficas.

Irritabilidad: Este niño se molesta por todo, incluso sin haber motivo y más aún si lo tiene. Esta exagerada agresividad parece deberse a una falta de control interno de su afectividad. Se siente impedido para manejar los estímulos externos, los cuales actúan como desencadenantes de crisis de agresividad.

Impulsividad: Esta se refiere a que no es capaz de frenar los impulsos que los demás niños inhiben o postergan. En los juegos se manifiesta como brusco, desinhibido, desorganizado. En el otro extremo, suele ocurrir que el mismo niño presente síntomas depresivo-angustiosos tales como: aburrimiento, tristeza, soledad, desánimo frente a dificultades, llanto frecuente, dependencia excesiva, extrema sensibilidad a la crítica, fobias y miedos en general, trastornos del sueño timidez excesiva.

- B. En lo relacionado con el **aprendizaje** podemos afirmar que este tipo de niños suele fracasar en el aprendizaje común debido a que observa ciertas funciones psicológicas alteradas o disminuidas. Básicamente estas funciones serían:

1. Trastornos de la percepción.
2. Trastornos de la conceptualización, del pensamiento y del lenguaje.
3. Trastornos de la atención, memoria y concentración.
4. Trastornos psicomotores.

1. **Percepción:** Suelen presentarse aquí problemas tanto en lo auditivo como en lo visual. A nivel visual, son más frecuentes las dificultades para percibir formas, discriminar entre figuras y fondo y establecer análisis y síntesis.

A nivel auditivo, presenta problemas de integración en el orden o el ritmo en que escuche, en la comprensión de algunos sonidos o en la memoria auditiva.

Dentro de lo perceptivo, suelen presentar problemas relacionados con la orientación espacial y esquema corporal.

2. En lo relacionado con la **conceptualización** observamos que:

A este niño le es difícil elaborar conceptos, establecer categorías a un nivel abstracto, las relaciones entre dos o más objetos las hace a nivel concreto o funcional. Para elaborar un concepto, necesita de dos o más actos de pensamiento antes de llegar a una idea globalizadora. En el curso mismo del pensamiento, se observa una tendencia a perder la idea central o la dificultad para captar una situación general ya que se aparta del tema, tras algún detalle de menor importancia, que determina una nueva asociación de ideas. La minuciosidad o detallismo que es otra de sus características, contribuye a que en el curso de su pensamiento permanezca adherido a un estímulo no esencial.

A nivel del lenguaje, además de la falla en la conceptualización ya mencionada, suelen presentarse trastornos articulatorios (dislalias) y trastornos lectores (dislexia), secundarios al cuadro general.

3. Trastornos de la **atención, memoria:** Son estos dos aspectos muy importantes para el aprendizaje y que suelen estar muy alterados en este tipo de niños. La atención se muestra fluctuante, débil, es atraído fácilmente por cualquier estímulo externo, su atención no es selectiva lo que impide la concentración en las tareas a realizar. En cuanto a su memoria, ésta suele ser solamente mecánica sin que haya elaboración de conceptos tras lo que memoriza.

4. Entre los trastornos psicomotores se destacan:

1. Pobre coordinación visomotora: se pueden observar aquí leves movimientos atetósicos, tremolantes y/o rigidez de los movimientos de las manos.
2. La maduración neuromotora es heterogénea, se encuentran niños con retraso motor en las funciones totales o sólo en algunas de ellas.
3. Manifiesta pobre equilibrio o dominio postural, que junto a trastornos de la lateralidad, determinan una deficiente coordinación dinámica (corren, saltan, trotan mal).
4. Es común observar en estos niños, hipo e hiperactividad. Desde el punto de vista de la eficiencia motora; el niño hiperactivo es el más desventajado.
5. Denotan perturbación en la actividad rítmica, entendiéndose ésta como la capacidad para adaptarse a cambios de cadencia.
6. Se presentan vicios respiratorios como respiración bucal, costal alta.
7. Se observan diversos vicios posturales.

C. Características relacionadas con la **adaptación:** el problema de la desadaptación del niño con disfunción cerebral mínima, surge como consecuencia de todas las conductas anormales que hasta aquí hemos mencionado. Esta desadaptación puede manifestarse por:
—Actitudes agresivas.

—Desinhibición general, hasta llegar a conductas anti-sociales como vagabundeas, robos, etc.

Sus dificultades de adaptación suelen afectar notablemente las relaciones con el ambiente, sea éste familiar, escolar o social. A veces las actitudes inadecuadas son tan persistentes que llevan al rechazo por parte de padres, profesores y amigos. Este rechazo crea a su vez nuevas conductas conflictivas en el niño, surgiendo entonces un círculo vicioso difícil de solucionar.

Las características hasta aquí señaladas hacen pensar que un niño con disfunción mínima sería un niño muy difícil de rescatar de sus inhabilidades, sin embargo en la práctica extranjera y nacional, se ha observado que si junto al médico especializado, se establece un adecuado ambiente psicopedagógico de investigación y se logra un buen manejo en las relaciones interfamiliares se hace posible su habilitación casi total, ya que en general se puede decir que este síndrome presenta buen pronóstico.

REALIDAD NACIONAL

Desde hace algún tiempo, los distintos profesionales que laboran en la atención de niños con dificultades de conducta y aprendizaje, han venido señalando la magnitud que alcanza la existencia de estos trastornos en la población infantil.

Alrededor del año 1960, se inicia en el servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Roberto del Río, el estudio del síndrome de Disfunción Cerebral Mínima. El equipo en ese tiempo dirigido por el Dr. Ricardo Oles, que había estado ya preocupado del problema de dislexia, emprendió la tarea de organizar pruebas destinadas a medir el grado y tipo de disfunciones presentadas por un gran número de niños que concurrían a policlínica a raíz de alteraciones conductuales, de adaptación o de aprendizaje. Al estudiar detenidamente dichos niños, se pudo comprobar la existencia de ciertos signos neurológicos y de algunas características psicológicas, que se daban con frecuencia aunque en distintas combinaciones. Eso llevó a la elaboración de 26 pruebas que los médicos aplicaron a niños normales para probar su validez y en niños con disfunción para determinar la calidad e intensidad del síndrome.

De estos estudios surgió la necesidad imperiosa de proporcionar a estos últimos, atención pedagógica especializada en Centros que reunieron el equipo necesario para atenderlos integralmente. A la misma conclusión llegaron los componentes del equipo del servicio de Psiquiatría del Hospital Calvo Mackenna, dirigido por el Dr. Guillermo Altamirano.

En 1966 comenzó a funcionar, anexa a este servicio la Escuela de Educación Especial N° 15, la que desde su creación se ha impuesto la categoría de centro de Diagnósticos y se ha fijado como objetivo principal la investigación y experimentación de técnicas y métodos, además de la preparación del personal que en ella trabaja, el que atiende niños con problemas de aprendizaje ya sea por disfunción cerebral mínima, dislexia o con trastornos emocionales.

Anexa al servicio de Neuro-psiquiatría del Hospital Ro-

berto del Río, se creó en 1967 la Escuela de Educación Especial Nº 24 para la atención de Parálisis Cerebral, Disfunción Cerebral Mínima y Dislexia.

Esta labor es realizada por un equipo formado por: médicos, enfermeras sanitarias, psicólogos, kinesiólogos y profesores especializados, quienes participan a través de reuniones semanales, tanto en el tratamiento directo de casos como en el estudio y experimentación de técnicas de diagnóstico, tratamiento y evaluación.

Ambas escuelas especiales, son en la actualidad al parecer, los únicos establecimientos fiscales que atienden a niños con Disfunción Cerebral Mínima. En ellos se constata la imprescindible conveniencia de crear nuevas escuelas que atiendan estos niños, puesto que su incidencia alcanza aproximadamente al 30 por ciento de las consultas en clínicas psicológicas infantiles.

Estamos en conocimiento de que se han efectuado investigaciones para detectar en diversas áreas de la capital, los síntomas y signos reveladores de trastornos neuropsíquicos, en una de cuyas facetas se encuentra la existencia del síndrome que ahora nos preocupa. Así lo señala por ejemplo, el estudio efectuado por la enfermera y educadora Hilda Power "Problemas de salud mental de la edad escolar en el Gran Santiago", publicado en 1966. En mayo de 1968, la Revista Chilena de Pediatría dio a conocer los resultados del estudio descriptivo efectuado en un curso de 14 niños de la Escuela Especial Nº 15, realizado por el psicólogo Sr. Luis Bravo V. y que él titu-

ló "Trastornos del desarrollo psicológico en niños con Daño Cerebral Mínimo".

Se sabe de estudios que en la actualidad efectúan las psicólogas Sra. Vera Kadonsky en el Area Norte de Santiago y la Sra. Sonia Salas en la población "La Palmilla" del Area Sur de esta capital. Los resultados de estas investigaciones son esperados con interés, por los aportes que ellas puedan significar en la ratificación de datos estadísticos reveladores de estas dificultades específicas del aprendizaje, dificultades que se traducen en el fracaso escolar de gran cantidad de niños, que requieren en este aspecto de una atención especializada, para progresar e integrarse en forma útil a la sociedad.

VOCABULARIO:

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas

Dispraxia: Alteración en los movimientos

Sinergias: Movimientos que acompañan al movimiento original y que se observan en otros segmentos corporales. Su persistencia más allá de los 7 años de edad, es anormal

Gnosopráxico: Relativo al aprendizaje y al movimiento.

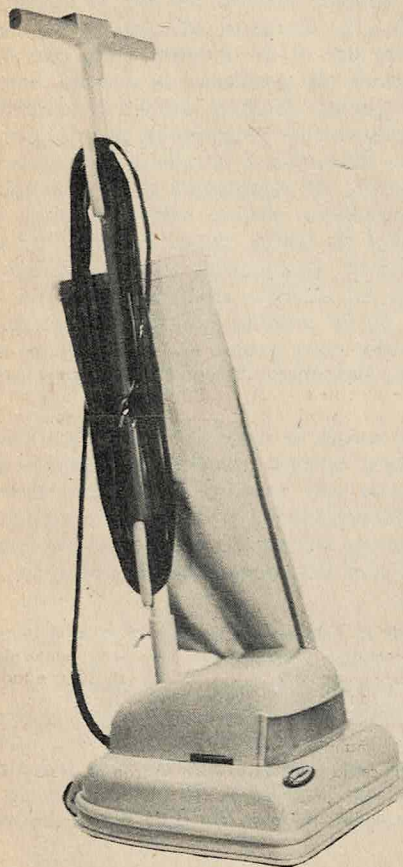
Disgenesias: Alteraciones en la formación de órganos o tejidos.

BIBLIOGRAFIA:

1. **Clements, Sam:** Disfunciones Cerebrales Mínimas en Niños Escolares. Arch. Gen Psychiatric, vol. 6-1962
2. **Eisemberg, León:** Compromiso psiquiátrico en los niños con Daño Cerebral. The psychiatric quarterly 1957
3. **Paine, Richmond:** Syndromes of Minimal Cerebral Damage The pediatric clinics N.A. vol. 15 agosto 1960
4. **Strother, Charles:** Minimal Brain Damage. Apartado
5. **Strauss:** Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral.

conozca bien la

sindelén

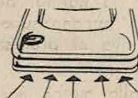


Ya no hay más 'enceradoras'...
Sólo existe 'LA SINDELEN'
única máquina de aseo que
trabaja 'en orden': primero
aspira el polvo y después
saca brillo, iluminando todos los
rincones con su amplia pantalla
panorámica luminosa.

'LA SINDELEN' tiene incorporados
todos los últimos adelantos
técnicos, lo que la convierte en
un exponente de la más
moderna y calificada tecnología.
La tradicional calidad
SINDELEN la hacen el artefacto
de mayor confianza para el hogar.



TRES ESCOBILLAS OSCILANTES (SE ADAPTAN A LAS SINUSIDADES DEL PISO).



SISTEMA DE ASPIRACION FRONTAL (ANTES QUE LAS ESCOBILLAS ACTÚEN, LA ASPIRADORA ELIMINA HASTA LA ÚLTIMA PARTÍCULA DE POLVO).



FÁCIL MANEJO (ES TAN LIVIANA Y FÁCIL DE GUARDAR, QUE TRABAJAR CON ELLA ES CASI UN JUEGO).

PARTIDA AUTOMÁTICA (HASTA BAJAR EL MANGO PARA QUE INICIE EL TRABAJO SOLA).

DIAGNOSTICO Y DISCUSION DE CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO SORDO

por ANTONIETA HOLA, PINA PANETTI Y ELIZABETH ANRIQUEZ, Psicólogas

COMISION

Escuela de Educación Especial Nº 2: Violeta Pizarro, Estela Zablach, Oriana Harvey, Marina Bueno, Miriam Werth, Silvia Díaz, Alicia Toledo, Ana M. Bruna, Esterlina Quiroga, Norma Reed, Julia Moreno, Ana L. Luengo, Alejandro Cabello, Orlando Castellanos, Víctor Soto, Luis Zinker.

Escuela de Educación Especial Nº 32: Jorge Osorio.

Escuela de Educación Especial Nº 34: Talía Lazo, María Martina, Luz Herrera, Marta García.

SUPERVISION: Violeta Pizarro; coordinadora: Estela Zablach; relatora: Oriana Harvey.

TEMARIO

I Desarrollo Psicomotor en el niño normal. Escuela Esp. Nº 34.

II Importancia de la Educación Psicomotriz. Esc. de Educ. Esp. Nº 2.

- 1 Perturbaciones Psicomotoras.
- 2 Educación Psicomotriz
- 3 Acciones de la Psicomotricidad
- 4 Métodos
- 5 Educación Individual

III La Educación Psicomotriz como proceso de habilitación del D. M. Escuela de Educación Especial Nº 2.

- 1 Trastornos Psicomotrices en el niño deficiente mental
- 2 Desarrollo de las conductas psicomotrices

- Conductas psicomotrices de base
- Conductas neuromotrices
- Conductas perceptivo motrices
- Conocimiento y expresión.

ANEXOS

I Despistaje y diagnóstico psicomotrices en el escolar D. M. Escuela de Educación Especial Nº 2.

II Guías y Pautas de Ejercitación Psicomotriz

- 1 A Nivel de la sala de clases. Esc. de Educ. Esp. Nº 2.
- 2 A Nivel del patio. Esc. de Educ. Esp. Nº 32.

I EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO NORMAL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL TRANCURSO DE LOS TRES PRIMEROS AÑOS

Con la clara conciencia de la importancia de la reeducación psicomotriz en el niño deficiente mental, hemos tratado de sintetizar en este trabajo, algunos conceptos básicos del desarrollo en la primera edad. Es muy fácil interpretar erróneamente los síntomas del desarrollo, pues no es posible separar con exactitud lo normal de lo que no lo es. Estos errores de falsa interpretación pueden superarse cuando se aprecia en forma consciente y objetiva el proceso del crecimiento.

En el transcurso de la primera infancia el desarrollo motor normal testimonia el desarrollo intelectual normal. La fórmula sería "El niño que camina al año, dice sus primeras palabras al año, las frases a los 18 meses y controla sus evacuaciones a los 15, tendrá, si no interviene ningún accidente, un desarrollo intelectual normal". No será un atrasado mental.

Hasta los 3 años no sólo se presenta el desarrollo motor y el desarrollo intelectual. Se constituye todo el mecanismo motor, intelectual, afectivo de la adaptación social que se diferencia y enriquece en el curso de la coordinación dinámica.

El nacimiento. Una vez que el niño se encuentra fuera de la madre, entran a jugar una serie de factores que influyen en su vida posterior. Estos son los cambios orgánicos que significan pasar de la vida parasitaria a la independiente. Alimentación, respiración, funciones secretoras, regulación térmica y protección.

El neonato es un período en el cual comienzan una serie de actividades sensorio motrices que son el producto de la maduración del sistema nervioso.

El desenvolvimiento sensorio motor comienza en el útero.

A los 2 meses la cabeza, que se balanceaba de un lado a otro, se endereza progresivamente.

A los 4 meses el niño, en decúbito prono, endereza el tórax y la cabeza; esta puede hacer movimiento de rotación. La cabeza se despega de la almohada.

Entre los 5 y 6 meses el niño puede permanecer sentado en su cama mediante apoyo.

Entre los 7 y 8 meses puede permanecer sentado sin apoyo.

A los 8 meses gatea.

A los 9 meses se yergue de la posición horizontal a la sentada.

A los 10 meses permanece de pie mediante apoyo con las piernas abiertas. A los 11 o 12 meses camina con ayuda.

A los 12 meses anda sin ayuda.

Para cada una de estas etapas hay un margen fisiológico, pues cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo.

Pero el caminar después de los 15 meses hace suponer un retraso psicológico.

La coordinación dinámica tal como lo entendemos pone en juego la acción sinérgica no sólo de los músculos sino también de la inteligencia y de la afectividad y tiene por objeto establecer entre el niño y el medio las relaciones necesarias para su desarrollo.

Se presenta en 3 formas esenciales en los períodos del desarrollo del niño durante sus dos primeros años.

a) La sonrisa aparece al mes o a las 6 semanas, a un tiempo es un fenómeno motor, que pone en juego los músculos faciales necesarios a su expresión, un fenómeno intelectual que expresa la elección de la persona o el objeto a quien dirige la sonrisa y un fenómeno afectivo que anima y dirige el movimiento. La sonrisa es la primera manifestación afectiva condicionada.

b) La prehensión señala la toma de posesión del medio por el niño. A los 3 meses la prehensión es un movimiento reflejo voluntario, reflejo tónico de la mano (Moro).

Desaparece a los 4 ó 5 meses cuando aparece la verdadera prehensión (Gessell).

A los 4 meses el niño comienza a tomar objetos por contacto; la prehensión es incierta.

A los 6 meses establece la flexión simultánea de los dedos.

A los 8 meses la prehensión y la manipulación son unilaterales; el niño se lleva el objeto a la boca, lo degusta; en este estado las sensaciones gustativas son las más diferenciadas.

A los 9 meses opone el pulgar a los otros dedos ejecutando así el acto específicamente humano de la prehensión.

A los 10 meses se hace la prehensión precisa con la punta de los dedos pulgar e índice.

A los 5, 6 meses se individualiza la mano derecha, salvo en los zurdos.

En la prehensión se manifiesta el paralelismo o mejor dicho la intrincación de estos tres elementos de psicomotividad.

c) El lenguaje es el último término de la coordinación psicomotriz dinámica, motriz, intelectual y afectiva.

Existe un período pre-lingüístico y el período lingüístico. Como primer signo tenemos el grito que tiene mucha importancia en el momento del nacimiento, para el pronóstico del desarrollo ulterior del niño. El vagido de las primeras semanas es una expresión emocional y expresa un deseo, una inquietud o una angustia.

A los 9 meses aparece el período lingüístico en el que el fonema se asocia a la comprensión.

De los 10 a los 12 meses el niño intenta repetir las palabras. Tienen un carácter afectivo.

A los 18 meses, pronuncia las primeras frases.

A los 2 años construye gramaticalmente una frase con un verbo. Todavía habla de sí mismo en tercera persona.

Entre 2 y 2 y medio años el niño tiene sentido de posesión y dice "Mí y mío".

Si a los tres años el niño, cuya audición es normal, no pronuncia aún frases, su adaptación social ulterior estará comprometida en alguna de sus necesidades.

Siendo el lenguaje, una de las funciones más complejas y que necesita más elaboración, se encuentra muy alterado en el niño Deficiente Mental.

Las deficiencias más importantes serían: Aparición tardía del lenguaje, mal manejo de los elementos de unión, dislalias diversas, pseudo tartamudez, pobreza de contenido ideacional.

II IMPORTANCIA DE LA EDUCACION PSICOMOTRIZ

Desde los comienzos del presente siglo se iniciaron estudios científicos entre el desarrollo psíquico y el desarrollo motriz en el individuo.

Al respecto, el enunciado más importante es el hecho por Dupré en Francia, en 1909, sobre la "Ley de la Psicomotricidad". "Entre ciertas alteraciones mentales y alteraciones motrices correspondientes, existe una unión tan íntima y un parecido tal que constituyen verdaderas parejas psicomotrices".

La estrecha correlación establecida en el niño normal no se rompe en el niño deficitario, quien presenta a su vez el mismo paralelismo entre las alteraciones de desarrollo de las funciones cerebrales y las del desarrollo de las funciones motrices, del movimiento y la acción.

Arnold Gessell dice: "El pensamiento del niño se expresa por sus actos". "A cada insuficiencia motriz corresponde una deficiencia psíquica".

Hay consenso unánime entre neuropsiquiatras, pedagogos, psicólogos, kinesiólogos, etc. sobre la importancia decisiva del desarrollo psicomotriz en el transcurso de los tres primeros años de vida del ser humano. En estos años el niño va ha adquirido las coordinaciones neuromotrices fundamentales: la bipedestación, la marcha, carrera, salto; la palabra y la expresión; el juego y las nociones elementales del bien y el mal. Todas estas expresiones del desarrollo son manifestaciones de la inteligencia y la afectividad y reflejan fielmente la evolución armónica e intelectual del individuo, siendo a su vez el resultado de una maduración cortical organizada y del establecimiento oportuno de las asociaciones correspondientes entre las células motrices y cerebrales. Según Bascov, durante la primera infancia, Motricidad y Psiquismo están imbricadas, confundidas; son dos aspectos indisolubles del funcionamiento de una misma organización.

Después de la primera infancia se inician en el niño procesos de mielinización cerebral en zonas corticales que aún no habían entrado en funciones lo que se traduce en una aceleración de las adquisiciones motrices, neuromotrices y perceptivo motrices; toma de conciencia y dominio de sí mismo, afianzamiento de lateralidad, orientación en el espacio y adaptación al mundo exterior.

Las diversas funciones psíquicas y motrices van acusando mayor diferenciación y especificación, persistiendo la relación motricidad-psiquismo, aunque en medida más atenuada. No obstante en todos los casos de alteraciones de desarrollo, los problemas motores y psicomotores prosiguen unidos a los problemas afectivos y psicológicos. En el débil mental el paralelismo entre las funciones psíquicas y motrices presenta un déficit globalizado y constante, dado que los trastornos o insuficiencias motrices o neuromotrices perturban y paralizan las manifestaciones de la inteligencia.

Los débiles mentales ligeros no presentan un paralelismo tan acentuado entre los diferentes déficit, pero la relación psiquismo y motricidad va evidenciándose en el desarrollo cronológico y pesando negativamente en el proceso educativo que se inicia en la segunda infancia. Es posible separar la educación o la reeducación de las funciones motrices, neuromotrices y perceptivo-motrices de la educación de las funciones intelectuales. La educación del niño inadapto debe basarse primordialmente en una educación motriz y psicomotriz.

La educación psicomotriz debe perseguir los siguientes objetivos:

- a) Conciencia del propio cuerpo.
 - b) Dominio del equilibrio.
 - c) Control y más tarde la eficacia de las diversas coordinaciones globales y segmentarias.
 - d) Control de la inhibición voluntaria y de la respiración.
 - e) Organización del esquema corporal y de la orientación en el espacio.
 - f) Correcta estructuración espacio temporal.
 - g) Las mejores adaptaciones al mundo exterior.
- La educación psicomotriz tiene como punto inicial el desarrollo psicobiológico del infante y como finalidad rehacer etapas perdidas del desarrollo psicomotor, es decir una rehabilitación que tiende a la evolución armónica e integral del niño. Su aplicación práctica busca:
- a) Normalizar o mejorar el comportamiento general.
 - b) Facilitar los aprendizajes escolares.
 - c) Servir a la preformación, es decir, preparar la educación de las capacidades que serán requeridas en el aprendizaje.

Perturbaciones Psico-motoras más frecuentes

Los diferentes tipos de perturbaciones psicomotoras que pueden ser favorecidas con la reeducación psicomotriz son los siguientes:

1º **Inestabilidad psicomotriz:** Solamente ella puede considerarse como perturbaciones del carácter y comportamiento. Esta perturbación caracterial se manifiesta por una agitación constante.

Puede ser una acción centrípeta o centrífuga que determina una hiperemotividad.

2º **La Debilidad Motriz:** Va frecuentemente acompañada de deficiencia intelectual y asociada a una hiperemotividad y a falta de inhibición afectiva.

3º **La Torpeza Motriz:** Es más frecuente y menos grave que la anterior. Gracias a un estudio fino realizado por Wallon es posible comprender que se trata de una falla en la conexión de los centros pira y extrapiramidales y cerebelosos.

La torpeza motriz puede deberse también a la emotividad. Las manifestaciones son idénticas.

4º **La emotividad:** El estado de hiperemotividad se caracteriza por la insuficiencia de la inhibición motriz y de las emociones.

5º **Otras perturbaciones:** Se deben a insuficiencias o a un retraso motor; son las perturbaciones del lenguaje, el tartamudeo, los tics, la enuresis, las perturbaciones de la letaralización, etc.

6º **Perturbaciones neurológicas:** Son de base lesional (parálisis infantil, hemiplejía cerebral infantil, atetósicos, etc.).

Necesitan de reeducación esencialmente física que tienda a dar flexibilidad a los miembros y a permitirles un funcionamiento normal.

7º **El retraso mental:** No va forzosamente acompañado de perturbaciones psicomotoras, pero por regla general, el desarrollo motor tiene un retraso paralelo al desarrollo intelectual. Según ciertos autores esta reeducación es esencial, pero junto a esta terapéutica, hay que adoptar todo un conjunto de medidas especiales.

Reeducación Psicomotora

Función: No consiste sólo en educar la motricidad sino tiende a reorganizar toda la personalidad. "Es una educación del psiquismo mediante una mejoría de la motricidad".

1º **Función emocional y afectiva.** La educación psicomotriz da al niño la seguridad de la cual tiene necesidad en un clima de confianza que reina durante las sesiones y le da los medios para exteriorizar sus sentimientos.

Si el sujeto carece de inhibiciones y el control de su emotividad es suficiente, el dominio de sí mismo puede ser aumentado mediante ejercicios de relajación y educación del control muscular.

2º **Función intelectual.** En los niños que padecen perturbaciones psicomotrices, el esquema corporal está mal integrado; estos niños carecen de precisión en sus movimientos, no pueden orientarse en el espacio ni estructurarlo, lo que incide en el aprendizaje de la lectura y escritura.

Presentan dificultad para organizar su lenguaje, advirtiéndose falta de relación entre pensamiento y expresión, escaso contenido ideacional y reducido vocabulario.

La educación rítmica (marcha rítmica, movimientos coordinados y armoniosos) enseñan al niño a estructurar el espacio y el tiempo.

3º **Función Motriz.** La educación motriz y en particular la rítmica ayuda a organizar los gestos; a establecer una coordinación entre lo que el niño oye y lo que ejecuta. Da a los movimientos flexibilidad y precisión.

Acciones de Psicomotricidad

1. **Acción sobre el conjunto de la personalidad.** La educación psicomotriz debe obrar tanto en el plano físico como psíquico y llegar así a establecer una personalidad equilibrada y adaptada.

2. **Acción precoz.** Los padres y educadores de niños de comportamiento inestable (o que tengan sospecha de D. M.) deberán cuanto antes realizar un examen psiquiátrico del niño y someterlo a la educación psicomotriz conveniente.

3. **Acción Regular.** La educación psicomotriz debe ser regular y continua. Las sesiones deben crear hábitos de dominio de sí mismo y de inhibición, tanto en el plano motor como en el emocional.

4. **Acción Duradera.** El tratamiento debe ser largo para que el niño fortalezca su "yo" y perciba sus nuevas fuerzas.

5º **Acción Progresiva.** Es indispensable empezar con ejercicios muy simples y hay que felicitarle y animarle. Entre los cohibidos y los emotivos, un fracaso es muy sentido y acentúa la inhibición (hay que variar la música y los instrumentos).

Métodos

En la mayoría de los niños problema, las perturbaciones psicomotrices son complejas de origen orgánico, psíquico o social. Es por esto que en las instituciones especiales se ocupan diversos métodos que se apoyan en el ritmo, la música o bien la educación física y en general los movimientos y habilidades senso-perceptivo-motoras con actividades técnico-manual-artísticas. Actualmente las técnicas terapéuticas de relajación son las preferidas.

Todos los profesionales especializados reconocen la utilidad y eficacia de la educación colectiva.

Estos grupos se forman de acuerdo a estudios neurológicos y psicológicos profundos.

Estos estudios dan lugar a dos grupos esquemáticos:

- Los que la motricidad inhibe.
 - Los que la motricidad libera.
- a) Serán reeducados mediante los movimientos. No saben qué hacer con sus miembros y se les hará ejercicios desinhibidores, rítmica, danzas, juegos.
- b) Serán reeducados mediante la tranquilidad. Necesitan expansión, relajación, ejercicios sensoriales de atención, disciplina y trabajo manual.

Educación Individual

Para los niños afectados de perturbaciones graves se impone la Educación Individual. Para estos niños enfermizos, tímidos que padecen de sentimientos de inferioridad, un ambiente tranquilo da mayor seguridad y las relaciones niño-adulto se establecen más fácilmente. Pero antes de beneficiarse con la educación colectiva los niños deben adquirir algunas nociones básicas.

Los métodos también pueden elegirse según la naturaleza de las perturbaciones.

- Perturbaciones del tono.**
 - **Hipertonía del tonus muscular;** incapacidad de relajación muscular.
 - **Hipotonía.** Niños particularmente flexibles "ponen el pie detrás de la cabeza", ocultan perturbaciones motoras.
 - **Paratonía.** Dificultad del relajamiento muscular voluntario. La tensión es psíquica. La educación debe obrar sobre la "Rigidez Psíquica".
 - **Terpeza motriz.** Falta de sincronización en los movimientos.
 - **Incapacidad de inhibición.** Imposibilidad de contraer sólo los músculos útiles para determinados movimientos.

- Los Tics.** Son movimientos involuntarios, bruscos, repentinos, rápidos y repetidos. Afectan a un grupo o varios grupos de músculos. Los niños afectados de tics presentan un conjunto de alteraciones motrices: paratonía, sincinecias, perturbaciones del ritmo, etc.

Estas perturbaciones pueden obedecer a causas psicológicas o sociales (desaprobación, burlas).

Hay que establecer con estos niños buen contacto afectivo a fin de permitirles olvidar su anomalía.

Hay que recurrir a la reeducación individual y es de importancia suma la acción sobre los padres.

Si estas medidas no bastan y el ambiente sigue desfavorable hay que separarlo de él.

- Perturbaciones de estructuraciones espaciales.**

— **Perturbaciones del ritmo.** Las perturbaciones psico-motrices van acompañadas de perturbaciones del ritmo. Los sujetos no pueden adaptarse a un ritmo impuesto. La rítmica juega aquí todo su valor.

— **Perturbaciones espaciales.** Un esquema corporal mal integrado no permite una evolución hacia una precisión creciente de movimientos y hacia una inhibición de las sincinecias. Además del desconocimiento derecha e izquierda trae perturbaciones de otro orden. El niño incapaz de orientarse en el espacio no puede estructurarlo, especialmente en la lectura.

Presentación de Métodos

- La rítmica
- La relajación
- La reeducación del gesto
- El trabajo manual
- El juego
- El deporte y la Educación Física
- El Scoutismo
- Psicoterapia analítica
- Las terapias medicamentosas
- Las terapias neuro y psicoquirúrgicas.

III LA EDUCACION PSICOMOTRIZ COMO PROCESO DE HABILITACION DEL DEFICIENTE MENTAL.

Se entiende por educación psicomotriz a la acción psicopedagógica que utiliza los medios de la Educación Física con miras a normalizar el comportamiento del niño.

Previo al desarrollo de cualquier función intelectual por requerimientos fisiológicos, las primeras necesidades a satisfacer en el niño, sea normal o deficiente, son las del movimiento, dado que ellas son las primeras manifestaciones de vida del ser humano.

Dentro del proceso de habilitación del D. M. las primeras y más importantes actividades a desarrollar son las de tipo motor y psicomotor, puesto que mientras no haya una maduración orgánica y neurológica no aparecerá el lenguaje y cualquier aprendizaje se estrellará con barreras casi infranqueables.

Los problemas de lateralidad y de estructuración tiempo espacial, están estrechamente relacionados al aprendizaje básico; escritura, lectura, dictado.

El niño debe ser capaz de controlarse, dominarse, manejar su propio cuerpo e inhibirse voluntariamente para poder fijar su atención.

La mano es un instrumento de expresión gráfica y la escritura misma es un ejercicio neuro-psico-motor; esto significa que los dedos deben tener movimiento; que la mano debe independizarse del brazo, el brazo del hombro y éste del cuerpo.

Para obtener un mejoramiento general del niño D. M. el maestro debe vencer las dificultades y buscar las técnicas más adecuadas.

Desarrollo de las Conductas Psicomotrices

Para desarrollar las conductas motrices en el D. M., las hemos dividido en tres grandes aspectos:

- De Base.** Que son más o menos intuitivas: equilibrio, coordinación dinámica general, marcha, carrera, salto, etc.
- Neuro-motrices.** Relacionadas a la maduración del sistema nervioso: relajación global, inhibición motriz voluntaria, control de la respiración, conciencia del propio cuerpo, lateralidad.
- Perceptivo motrices.** Ligados a la conciencia y memoria, representación, organización y estructuración del esquema corporal, ritmo consciente, etc.

A. CONDUCTAS MOTRICES DE BASE

- Equilibrio.** El equilibrio correcto es la base esencial de toda coordinación dinámica general.
- Coordinación dinámica general.** Todo ejercicio motor, aun el más simple, es un ejercicio kinestésico-laberíntico, auditivo, visual, espacio-temporal. Ejemplos: Marcha, carrera, salto, etc. (movimientos naturales de Hebert).

B. CONDUCTAS NEURO-MOTRICES

- Inhibición motriz voluntaria:** Impulsión e inhibición tienen idéntica función, el poder regular los centros superiores sobre los inferiores, fenómeno psicofisiológico que es traducción orgánica de la voluntad. Disciplinando las contracciones musculares aumentará el dominio de los centros superiores sobre los inferiores y se mejorará y educará la voluntad y la atención.
- Relajación global.** En los Deficientes Mentales profundos la relajación global es casi imposible, ya sean hipertensos generales e hipotónicos abdominales. Es necesario realizar una educación lenta, paciente y sistemática.
- Conciencia del propio cuerpo.** Va desarrollándose a medida que el niño va conociendo y diferenciando las diferentes partes de su propio cuerpo; de acuerdo a la maduración sensorial y motriz.
- Control de la respiración.** La educación respiratoria es un elemento esencial en la educación psicomotriz. Existe una estrecha correlación entre la respiración con la voluntad y el poder de atención.
- Lateralidad.** Una educación ligada al cuerpo entero es el único

medio de afirmar una lateralidad completa y bien definida. Las perturbaciones de la lateralidad producen dificultades relacionadas con la escritura, lectura y dictado. Estos problemas van acompañados de reacciones de fracaso, oposición, fobia a la Escuela, etc.

C. CONDUCTAS PERCEPTIVO-MOTRICES

Según Picq y Vayer, la actividad del individuo pasa por tres etapas funcionales que van íntimamente ligadas una a la otra.

Ellas son: El **poder** que corresponde a la integridad de los órganos motores y de las coordinaciones motrices; el **saber**, que corresponde a las coordinaciones de las diversas sensibilidades permitiendo su paso al plano psíquico, y el **querer**, que corresponde a la conciencia.

Es decir, el logro de los diversos tipos de actividades está basado en las conductas precedentes:

— Organización neurológica correcta, control del propio cuerpo y dominio de las coordinaciones motrices de base, pero también requiere:

— Coordinación y adaptación del movimiento a las circunstancias y al mundo exterior; adaptación al ritmo, al esfuerzo, a la velocidad y al espacio.

— Y la participación consciente y voluntaria del sujeto.

Es imprescindible que el ejercicio psico-motriz sea voluntario, pensado, preciso y controlado para que sea realmente efectivo y pueda llevarse paulatinamente a los automatismos correctos.

1. Organización espacial

El individuo va pasando progresivamente de la conciencia de su esquema corporal a la del cuerpo en movimiento y a la noción del espacio a través de experiencias de contacto exterior y al compás de su propia maduración nerviosa.

Las alteraciones e insuficiencias que presenta frecuentemente el D. M. en la orientación y organización espacial requieren un tratamiento lento y graduado que vaya paso a paso en una progresión correcta y variada, superando etapas y dificultades en forma evolutiva y elaborando las relaciones espaciales sobre los dos planos bien diferenciados: plano perceptivo y plano representativo.

2. Ritmo y actividad motriz

Es evidente que una sucesión de movimientos rítmicos es más fácil de ejecutar y fatiga menos que la misma sucesión de movimientos, pero sin ritmo. Esto se ve favorecido si al movimiento rítmico se añade la audición simultánea de sonidos rítmicos de igual cadencia. Lo que en resumen se traduce en una economía de movimientos inútiles, facilita la actividad neuro-muscular, permite la flexibilidad, el relajamiento, la independencia segmentaria; elementos indispensables en el gobierno motriz, dado que, al liberarse el brazo del hombro, por ejemplo, se están dando las bases para los ejercicios de coordinación de los miembros superiores, previos a los ejercicios de educación de la mano y, por ende, del grafismo y la escritura.

Ejercitar al niño en los movimientos rítmicos forma una parte importante en la educación psico-motriz globalizada, aunque lo fundamental es el ejercicio más analítico.

3. Organización y estructuración del tiempo

La educación psico-motriz tiende a la adquisición y perfeccionamiento de las nociones elementales del tiempo físico, prescindiendo de la noción psicológica de estructuración más compleja.

Es necesario dar una forma material y una traducción visible a los diferentes elementos que entran en el concepto de tiempo, tales como velocidad, duración, sucesión, etc.

CONOCIMIENTO Y EXPANSION

1. Educación de los niños Deficientes Mentales

Organización de las percepciones

Es indispensable poner en acción todos los medios que vayan a suplir

o reemplazar aquellas etapas que el D. M. ha perdido, parcial o totalmente en los procesos del desarrollo psico-motor, afinar en forma paulatina su capacidad de percepción y de diferenciación.

Dentro de la educación psico-motriz es de principal importancia la educación de la mano, combinando la ejercitación sensorial con la muscular.

Motricidad y expresión

Para afianzar la impresión de las diferentes sensaciones e imágenes, para lograr las asociaciones y diferenciaciones necesarias en el niño D. M., se requieren las representaciones simbólicas del lenguaje y el grafismo.

a) **Lenguaje.** El D. M. presenta retraso verbal en la medida de su deficiencia lo que está ligado a una maduración nerviosa deficiente. No obstante, a pesar de lo rudimentario que puede ser su lenguaje, debe ser empleado en todas las ejercitaciones.

b) **Expresión gráfica.** El D. M., debe tratar de expresar gráficamente todo lo que pueda: En formas, estructuras, ritmos, acentuaciones, intervalos, ya sea en papel, suelo, pizarra, etc.

La expresión gráfica debe ser el complemento obligatorio de la expresión verbal, lo que permite dar un sentido al acto, e inicia el camino de las simbolizaciones como son: la escritura y la lectura.

Sin embargo, es preciso graduar y dosificar los grafismos a fin de evitar confusiones que comprometan el buen proceso de aprendizaje, especialmente en las primeras lecciones.

2. Preparación a los aprendizajes escolares

Todo el proceso de la educación psico-motriz nos ha llevado a la preparación específica de la mano para las transcripciones gráficas. Es decir, se ha llegado a una educación grafo-motriz por los ejercicios de relajación segmentaria, de independencia derecha-izquierda y de independencia funcional completada paulatinamente por los ejercicios de independencia de los dedos, de control de la presión y los ejercicios de presión, coordinación y precisión.

Para el niño D. M. ligero o medio, que ha alcanzado la suficiente madurez para el aprendizaje, la educación psico-motriz irá paralela a estos aprendizajes, que facilitarán el proceso mediante la ejercitación conjunta de la atención, coordinación, estructuración, espacio temporal, etc.

BIBLIOGRAFIA

- Introducción a la psiquiatría infantil
Dr. Georget Heuyer.
- Desarrollo normal y anormal del niño
Arnold Gessell
- Educación psico-motriz y retraso mental
Louis Picq y Pierre Vayer
- La reeducación física
A. Sapiere
- El niño problema y su reeducación
M. Chry Raesckl-Ardyomand

Con esto daríamos por concluida nuestra intervención en este tema tan interesante pero tan amplio, que excede mucho el marco de este trabajo. Hemos dado algunos aspectos que son fundamentales y hemos obviado otros, no por menos importantes sino por las limitaciones de espacio y tiempo que nos han impedido una visión más completa. Daremos a ustedes como complemento de este trabajo, algunas guías y pautas de ejercitación psico-motriz que ya han sido puestas en práctica en algunas Escuelas Especiales del país.

TRABAJO PRESENTADO POR LAS ESCUELAS ESPECIALES DE SORDOS N.º 1 Y N.º 16

GENERALIDADES

AUDICION:

Definición:

Se define la audición como la percepción de cierta clase de estímulos vibratorios que captados por el órgano del oído van a impresionar el área correspondiente cerebral tomando conciencia de ellos el individuo. Quiere decir esto que para que exista verdaderamente esta facultad deben desarrollarse dos fenómenos, el **fisiológico** por el cual el órgano de Corti se impresiona enviando el mensaje sonoro hacia los centros y la corteza, y otro **psíquico-cortical** mediante el cual se comprende el conjunto de sonidos, se analiza y se archiva. Si no está expedito y normal este camino no habrá audición propiamente dicha.

Un esquizofrénico oye el sonido físicamente, pero como se aísla del medio no lo analiza, por lo que actúa en estas circunstancias como un sordo. Si una persona normal queda sorda total debido a cualquier factor que destruya su órgano de Corti, las vías, centros y localización cortical del sonido están perfectos, pero no puede oír porque no percibe el sonido.

La audición, por tanto, es un fenómeno físico-psicológico de percepción a distancia, importantísimo en el hombre, que requiere ciertas condiciones para que se lleve a cabo.

Importancia:

Los profesores y los dedicados al tratamiento de la sordera saben la importancia que tiene esta falla sensorial en el comportamiento del individuo. El oído es el órgano por excelencia que nos pone en contacto con nuestros semejantes y con la naturaleza. La vista y la audición acercan al conocimiento de las cosas a distancia, este conocimiento está ligado al más alto desenvolvimiento en la escala biológica, los demás sentidos afectan o estimulan directamente nuestro cuerpo. Si solamente existiesen los estímulos por contacto, como en los animales inferiores, no existiría el hombre como tal; para realizarse el espíritu humano necesita de la percepción a distancia que relaciona a los seres entre sí y con el medio ambiente que los rodea, aumentando enormemente las posibilidades perceptuales.

Es necesario recordar que el oído es un sentido que no podemos detener, oímos siempre desde que nacemos hasta que morimos, estamos sumergidos en un ambiente ruidoso, el silencio absoluto no existe y de todas maneras no lo podríamos soportar mucho tiempo, salvo que progresase poco a poco la sordera o fuésemos sordos de nacimiento o desde los primeros años de nuestra vida. La visión la detenemos a voluntad, la audición ni cuando dormimos, pues seguimos oyendo aunque no tengamos conciencia de ello, prueba de ello son los movimientos inconscientes del durmiente ante ciertos ruidos, a veces de poquísimas intensidades, y el análisis auditivo que se realiza en ciertas ocasiones.

COMUNICACION LINGUISTICA:

La intercomunicación de los seres humanos se realiza por medio de sonidos que son variables y comunes a todas las lenguas. Hacemos trascendentes problemas de orden superior, pensamiento concreto o abstracto, a través del sonido. El aire nos separa y nos une y por su intermedio los sonidos van del "yo" al "tú".

Tenemos un "yo" que se expresa, hecho que constituye una función ideativa. Cuando esa idea se expresa, el individuo está en posición **volitiva** y para realizarla es necesaria la intervención de los órganos fonoarticuladores, lo que constituye la **formulación**.

Lo anterior se puede explicar con un ejemplo: la palabra **FE** se forma de dos fonemas, uno labiodental fricativo sordo, otro vocálico; encierra una variedad de mensajes tales como: seguridad (en nosotros mismos, en los gobernantes, en Dios), confianza (en los maestros, en una persona amada). Estos dos sonidos ligados dentro de nuestra habla sirven de vehículo para transportar la idea. En este caso puede entenderse el "yo" con su actividad ideativa, su capacidad volitiva y en posición de expresarse que se ha denominado "formulación" lo que ha sido posible a través de la palabra que puede considerarse como código inflexible o como una fórmula, que se representa para el mundo lingüístico en que vivimos con determinado tipo de sonidos. Si ese código se viola, el "yo" no transmite su idea: si en lugar de "FE" decimos FA, se estará transmitiendo un concepto totalmente distinto del que se deseaba expresar.

Hay alteraciones psicológicas que marcan su huella en el lenguaje: el paranoico, el esquizofrénico, y aun las afonías psíquicas son casos que ejemplifican lo anterior. Hasta aquí en lo relativo al aspecto psicológico.

El proceso de la intercomunicación que vengo desarrollando en general, continúa en el campo de lo somático. La formulación, último proceso en el campo de lo psicológico, se efectúa mediante la intervención de los centros del lenguaje. De estos centros parten los impulsos nerviosos que habrán de cubrir toda la periferia a través de los nervios motores para producir los movimientos de los músculos que generan los sonidos y éstos voz-palabra-lenguaje. Culmina el proceso con la producción del lenguaje, que siendo emitido por el "yo" ha pasado al medio aéreo y siguiendo las leyes acústicas ha penetrado al "tú" a través de los pabellones auditivos.

El proceso general de la comunicación lingüística continúa en el "tú", quien capta los estímulos mediante el órgano periférico de la audición; siendo conducidos mediante el oído externo y medio hasta el interno, en donde el movimiento sonoro se transforma en energía eléctrica. Esto constituye el fenómeno de recepción del sonido denominado microfónica coclear, fenómeno que es realizado en la cóclea: el oído interno actúa como un micrófono transformando la energía mecánica en energía eléctrica.

Desde la cóclea el nervio acústico conducirá los impulsos nerviosos hasta la corteza cerebral, en donde los analizadores corticales localizados en el lóbulo temporal realizan un proceso inverso al que ocurre en la zona periférica. Aquí

los estímulos son descodificados; el individuo discrimina los estímulos comprendiendo el contenido del mensaje implícito en ellos. Los procesos anteriores se han realizado en el soma del sujeto. De aquí en adelante los procesos son de tipo psicológico mediante el fenómeno de integración, que es posible a través de la retención, sistematización, etc., hasta culminar en la ideación que en último término significa la comprensión del concepto que primitivamente partió del interlocutor; se completa el proceso comunicativo con la respuesta que nuevamente da comienzo a los procesos antes mencionados.

Lo anterior significa "lo normal", pero pueden presentarse anomalías en lo somático como en lo psicológico, así puede ocurrir que por causas congénitas o adquiridas el individuo sufra de sordera, afasia sensorial, etc., que de un modo u otro, y según la índole de estas alteraciones, el proceso comunicativo no llega a la fase de análisis y síntesis necesario.

ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO DE LA COMUNICACION LINGUISTICA SEGUN DAVIS:

	"YO"	"TU"
Funciones Psicológicas	Ideación	Ideación
	Volición	Evocación
	Formulación	Sistematización
		Integración
		Retención
	Centros del Leng.	Discriminación
	Impulsos nerviosos	Analizadores corticales
Funciones Somáticas	Movimientos	Impulsos nerviosos
	Sonidos	Recepción
	Voz	
	Palabra	
	Lenguaje	Conducción

SORDERA:

El uso social general ha adoptado el término "SORDO" para aquellas personas que antes eran denominadas "sordo-mudas". Este uso ha sido propagado por los profesionales de este campo, quienes han tenido el cuidado de insistir en que solamente el estado auditivo debe ser designado por el término, y no la habilidad de hablar, ya que las personas sordas educadas en la forma debida no tienen por qué ser mudas.

Definición:

Sordera es toda pérdida de la capacidad auditiva que sobrepasa los 80 db y que no permite percibir el lenguaje hablado aun con ayuda de prótesis auditiva.

EL NIÑO SORDO:

En nuestros días se considera indispensable la educación de los niños sordos y todos los países cumplen con ese deber social.

La mayoría de los niños sordos no sufren de ninguna lesión orgánica en su aparato vocal. Son mudos porque no oyen las palabras y, por tanto, no aprenden a repetirlas. Mediante un largo aprendizaje enseña la pedagogía moderna a los sordos a articular palabras, comprender el lenguaje de los demás y llegar a expresarse. Esto se hace con la finalidad de incorporarlos a la vida normal de la sociedad, ya que el lenguaje dactilológico es comúnmente practicado sólo por los mudos. Por consiguiente, la instrucción oral ha llegado a ser la norma pedagógica actual.

Educar un sordo significa entonces:

1. Darle un medio de comunicación con la sociedad en la que está emplazado.
2. Brindarle la posibilidad de desarrollar todas sus potencialidades al máximo a través del lenguaje hablado y llegar así a la abstracción.
3. Darle lenguaje para su realización integral.
4. Integrarlo a la sociedad como un ser eficiente, consciente de sus capacidades y de sus limitaciones.

Una vez diagnosticada la falta de lenguaje, cuando es atribuida a sordera debe encararse la educación lo más precozmente posible.

El punto capital de esta educación debe ser el "dar lenguaje" en un medio ambiente normal y feliz, en el cual el niño siente que el profesor de sordos y sus padres mancomunados sus esfuerzos para que el entrenamiento especializado se haga con placer. El niño debe ser entrenado para comprender el lenguaje y que luego pueda utilizarlo correctamente en función expresiva.

Los medios para lograr esto son: la Lectura Labial, Articulación, Entrenamiento Auditivo y Estructuración del Lenguaje.

Lectura Labial General:

La L. L. G. es el factor más importante en la técnica de la enseñanza del lenguaje. Consiste en la observación de los gestos de la cara y de los movimientos de los labios, la lengua y los dientes (maxilar inferior), para la interpretación del mensaje verbal. Es el único medio para lograr la iniciación de la comprensión del lenguaje.

En el niño sordo los ojos deben tener sus funciones específicas y además reemplazar en parte al analizador auditivo. El niño debe "oír" a través de sus ojos y de ese modo aprender el lenguaje hablado. A este proceso se le denomina Lectura Labial. Este mecanismo es muy complejo e implica mucho más que el solo hecho de mirar los labios en forma pasiva. Se adiestra lentamente al niño en este aprendizaje teniendo en cuenta entre sus puntos más importantes:

- a) Desarrollar rapidez en su práctica realizándola con la mente alerta y con la mayor atención.
- b) Concentración y memoria visual.
- c) Captación por intuición subconsciente del sentido total de la frase con el fin de reintegrar el todo.

En la L. L. G. no se realiza ningún esfuerzo especial en "enseñar" palabras específicas, frases o detalles lingüísticos.

Su caracterización más importante consiste en que se realice en todo momento, sin valorar cuánto entienda el niño. Aquí lo fundamental es bañar el niño en lenguaje.

Lectura Labial Específica:

Las palabras son reconocidas en forma específica y en función de la construcción consciente de un vocabulario.

Articulación:

Para que el niño sordo adquiriera lenguaje expresivo es necesario entrenar en forma adecuada sus órganos fonarticulatorios. No debemos olvidar que sus fonadores no están lesionados, como tampoco los Centros neurológicos responsables de la fonación. El entrenamiento articulatorio se realiza con el aparato fonador que tendrá un uso igual que el del niño oyente.

La enseñanza de la articulación se realiza por imitación. El continuo entrenamiento y control de los órganos articulatorios ayuda al niño a tener cada vez un mayor control kinestésico motor de los mismos. El funcionamiento de la enseñanza de la articulación se basa en el desa-

rollo del sentido táctil, kinestésico y vibratorio. — Tal como lo vimos en la L. L. G. no interesa que el niño aprenda palabras sueltas, sino que éstas estén en función de frases y oraciones con sentido socio ambiental.

Entrenamiento Auditivo:

En el desarrollo del lenguaje es esencial tratar de aprovechar en forma integral y completa los restos auditivos. El uso de los restos auditivos existentes, por medio de la amplificación eléctrico-acústica, es un refuerzo para la L.L. además que le permitirá mejorar su articulación, ritmo y entonación del habla.

Estructuración del Lenguaje:

Al sordo, al no adquirir el lenguaje por vías naturales, se le enseña a estructurarlo de acuerdo a la sintaxis de la lengua a través de una Clave especial creada en Argentina y basada en la Clave Fitzgerald, por medio de la cual se enseña una sistematización siguiendo la evolución del idioma.

Constituye la "Clave para la Estructuración del Lenguaje" un elemento de trabajo valiosísimo e indispensable en la enseñanza del sordo.

ETIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LAS SORDERAS

I. Según el momento en que actúan las causas:

1. PRENATALES	Hereditarias	{	Sordera recesiva
			Sordera laberíntica hereditaria tardía
	Embriopatías	{	Osteo psaritis o enfermedad de Lobstein
Otosclerosis			
Fetopatías	{	Virus en la madre	
		Acciones tóxicas en la madre	
2. NATALES	Prematurez	{	Ictericia neonatal - Ictericia nuclear
			Trauma obstétrico: asfixia o hipoxia
Lesiones obstetri. y Carencia de oxig.	{	Lesiones obstétricas: focos hemorrágicos encefálicos	
		Asfixia del recién nacido: el mesencéfalo, los ganglios de la base y núcleos cocleares son muy sensibles a la carencia de oxígeno.	
3. POST-NATALES	Meningitis	{	La coqueluche
			La varicela
	Intoxicaciones	{	El sarampión
Infecciosas por virus neurótrofos	{	Estreptomicina	
		Dihidro estreptomicina	
Kanamicina	{		

II. Según la localización de la lesión:

CONDUCTIVAS	{	Mal formaciones congénitas	
		Cerumen impactado	
Otitis externa: inflamación del conducto	{	Otitis media: aguda; crónica	
		Otosclerosis	
NEURO-SENSORIALES	Disacusia congénita	{	Herencia
			Afecciones virales de la madre durante el embarazo (rubeola, gripe o influenza, parotiditis, etc.).
	Afecciones infecciosas de la infancia	{	Factor RH
Drogas	{	Trauma del parto	
		Meningitis, Parotiditis, Encefalitis	
Ruidos Presbiacusia	{	Antibióticos	
		Quinina	
Dihidroestreptomina	{	Kanamicina	
		Neomicina y Estreptomina.	
Sordera profesional	{		

III. Según el grado de pérdida de audición:

Según RICHARD SILVERMAN:

Hipoacusia leve	16 a 30 db
Hipoacusia moderada	30 a 45 db
Hipoacusia severa	45 a 60 db
Hipoacusia profunda	60 a 80 db
Sordos	80 a .. db

Según el Dr. PEDRO BERRUECOS

—20 a 0db Hiperacusia

NORMALIDAD

DEBILIDAD	{	0 a 12 db Acusia	Debilidad grupo a
		12 a 22 db	
Auditiva	{	22 a 32 db	Superficial
		32 a 42 db	Debilidad grupo a
Hipoacusia	{	42 a 52 db	Auditiva grupo b
		52 a 62 db	Media grupo c
62 a 72 db	{	72 a 82 db	Debilidad grupo a
			Auditiva grupo b
	{		Profunda

ANACUSIA — —Barrera de Davis y Fowler.

CUÁDRO CLINICO DE UN NIÑO QUE PRESENTA SORDERA

Frente a un niño que no habla debemos actuar con una sistemática que nos permita conocer el motivo de su falta de comunicación y que será vista al final de estas Jornadas cuando se hable de Diagnóstico Diferencial.

Existen cinco cuadros que tienen de común la característica de presentarse en niños que no se comunican con el medio ambiente en forma natural. Ellos son: el niño sordo, el afásico, el débil mental, el sordo psíquico y el autismo precoz.

No siempre el conjunto sintomático se presenta con la pureza y tipicidad que sería ideal.

Presentamos a continuación algunas de las características más evidentes de un niño sordo:

A. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

Puede haber sordera familiar.

B. ANTECEDENTES PERSONALES:

1. Enfermedades de la madre durante el embarazo.
2. Parto distócico.

C. ANTECEDENTES MORBIDOS:

1. Enfermedades infecto-contagiosas en los primeros años.
2. Administración de estreptomina u otros medicamentos ototóxicos.

D. DESARROLLO MOTOR:

Normal

En algunos casos equilibrio pobre.

E: CONDUCTA: (actitud del niño frente al medio)

1. Mala conducta.
2. Caprichoso.
3. Fácilmente irritable por falta de comprensión del medio.
4. Tímido, retraído, pero trata de ser sociable.
5. Características monótonas de su voz y risa.
6. Acentuada reacción hacia los estímulos de afecto.
7. Se interesa por todo lo que lo rodea.
8. Tiene gran sensibilidad a las claves visuales y al movimiento.
9. Atención visual espontánea.

10. Arrastra los pies cuando camina.
11. Hiperativo ordenado.
12. Causan en él gran impresión los efectos táctiles y los gestos.
13. Gran reacción al ser tocado estando de espaldas.
14. Hace espontáneamente Lectura Labial.
15. Percepción social limitada a su percepción visual.
16. En general está sobreprotegido por el medio familiar.
17. Acepta el juego ofrecido y lo sigue de acuerdo a su edad cronológica.

F. CONDUCTA AUDITIVA:

1. Reacción a los ruidos, sonidos y a la palabra hablada, de acuerdo a sus restos auditivos.
2. Muy sensible a las vibraciones.
3. Respuestas auditivas constantes.
4. Trata de ubicar la fuente sonora.

G. MEDIOS DE COMUNICACION:

1. Tiene muy rica comunicación en gestos comprensivos y expresivos.
2. Lenguaje variable de acuerdo con sus restos auditivos.
3. Uso de palabra - frase.
4. Intento de vocalización para llamar la atención o expresar sus necesidades.

H. DESARROLLO EMOCIONAL:

Retardado e inmaduro.

I. OPINION DE LOS PADRES FRENTE AL PROBLEMA:

Crean que su niño es sordo.

J. EXAMENES:

1. Percepciones:

- a) Visuales: Buenas
- b) Táctiles: Buenas
- c) Auditivas: variables de acuerdo con sus restos auditivos.
- d) Noción Espacial: Buena
- e) Noción temporal: No existe
- f) Esquema Corporal: Bueno
- g) Relación figura - fondo: Buena
- h) Función analítico-sintética: Buena
- i) Gestalt: Buena

2. Atención: Buena

3. Memoria: Buena

4. Dominancia (Lateralidad): Definida

5. Audición:

- a) Buen condicionamiento a las pruebas audiométricas.
- b) Las respuestas mejoran con amplificación.
- c) Las respuestas en la acumetría de la palabra y en la logaudiometría mejoran con ayuda de elementos concretos.

6. Vestibular: Frecuente hipoexcitabilidad o inexcitabilidad.

7. Lenguaje:

- a) Expresivo: Existe lenguaje de gestos. Puede haber lenguaje hablado de acuerdo a sus restos auditivos.
- b) Comprensión: Buena comprensión para los gestos. No hay comprensión para el lenguaje hablado.
- c) Voz: Monótona, opaca, generalmente grave.

8. **Psicométrico:** La inteligencia es generalmente normal valorada con tests no verbales.

9. **Neurológico:** Normal.

10. **Electroencefalograma:** Normal.

VI. METODOLOGIA

Reseña histórica de los métodos: Durante el curso de los siglos se han propuesto infinidad de métodos de enseñanza del sordo. Se fundamentan la mayoría de ellos, en sustituir la audición perdida por otro canal sensorial como ser la vista, el tacto o aprovechando los restos auditivos que puedan existir.

Si bien es cierto que la relación entre audición y lenguaje se estableció en el siglo IV antes de Cristo con Hipócrates, Aristóteles y Plinio, la preocupación por educar al niño sordo ha existido desde el siglo XVI.

El primero en plantear la posibilidad de instruir a los sordos fue el italiano Gerónimo Cardán. En este mismo siglo en España, Pedro Ponce de León aplicó su método basado en el aprendizaje de la palabra, también enseñó a leer y a escribir ayudándose del alfabeto dactilológico.

Paralelamente en Inglaterra, J. Bulwer analizó los factores del éxito en la lectura labial y Dalgarno considera empezar la enseñanza del niño sordo a muy temprana edad (cursos pre-escolares).

En el siglo XVIII aparecen corrientes bien definidas en materia de enseñanza. Es así como en Francia, Ch. Michel de L'Épée considera que todos los sordos deben recibir educación y que la mímica constituye el lenguaje materno de los sordomudos. Fue el creador del primer colegio para sordos.

De L'Épée ignorando la obra de sus predecesores creó un método basado en el empleo de las señas metódicas. La influencia de su método se extendió a través de Europa, exceptuando Alemania, que constituyó siempre un centro de resistencia al método manual.

El método oral fue creado por Ponce de León, olvidado por L'Épée y defendido por Heinicke. Es aceptado por todo el mundo como el más adecuado en el Congreso de Milán, en 1880.

Métodos de enseñanza de sordos: El niño sordo tiene grandes dificultades para leer y su palabra adquirida, después de grandes esfuerzos de él y de sus profesores, no siempre es inteligible.

De aquí la diversidad de procedimientos pedagógicos propuestos y los varios intentos de combinación entre ellos.

A través del uso de gestos y deletreo manual, el individuo incomunicado alcanza un éxito inmediato en su relación personal pero labra desde el momento en que los usa su aislamiento definitivo. La posibilidad de acercamiento al mundo de los oyentes, al mundo de la palabra, resulta difícil de adquirir y lento para aprenderse y dominarse. Sin embargo, el método oral bien llevado lo hace también alcanzar gratificaciones inmediatas a pesar que su estructuración total lo mantenga por varios años en la escuela especial.

La combinación, selección y aplicación de uno u otro método de enseñanza dependen de cada necesidad específica y es realizada a través del criterio que supone la completa preparación del personal pedagógico y de la experiencia que el mismo tenga.

La expresión del pensamiento por medio del movimiento de las manos y todos los métodos de enseñanza se basan en ellos se engloban en el término **Manualismo**.

Debemos distinguir dos formas de expresión:

1. Utilización de signos manuales, que equivalen a signos gráficos hechos con los dedos de las manos, correspondiendo un signo para cada letra, pudiendo hacerse con una o las dos manos y que se denomina alfabeto **Manual o Dactilológico**.

2. Utilización de signos manuales para expresar ideas o palabras del llamado lenguaje **mímico**.

Método Global. (sintético o sincrético): El niño percibe el mundo que lo circunda de un modo sincrético. Esto es un hecho natural y entra en el fenómeno de la adquisición del conocimiento de las cosas. Esta percepción es instantánea, inmediata y anterior al análisis. El niño tiene sólo la percepción global o sincrética que le es suficiente para las necesidades de la vida. Decly empleó esta capacidad infantil para elaborar su método de enseñanza. Según los defensores de este método, en el niño sordo debe enseñarse también la palabra por síntesis y no por análisis.

El método global o sistema belga, sin estar en contraposición con el método oral, rehuye la enseñanza, única y silábica y quiere que se presente al sordo la palabra entera o la frase entera oral o escrita sin preocuparse por el momento de los defectos de articulación cuya corrección viene hecha en un segundo tiempo.

Método Oral. (Fundamentación): El lenguaje oral es un sistema convencional, por una parte, de tipo auditivo y por otra parte, de tipo motor en lo que respecta a la articulación. El aspecto motor es hasta cierto punto secundario dependiente del aspecto auditivo.

En los individuos oyentes, el impulso a hablar toma forma primero en la esfera de las imágenes auditivas y de ahí se trasmite a los órganos motores que controlan los órganos articulatorios.

Sin embargo, los procesos y las sensaciones motoras constituyen un instrumento para llegar a las sensaciones auditivas, tanto de parte del hablante como del oyente.

No basta con que la etapa mecánica se cumpla para que el lenguaje tenga realmente el valor social que se le asigna, es condición indispensable que las percepciones auditivas finales concuerden con las imágenes auditivas iniciales.

Es muy importante la posibilidad de transferir el sistema de símbolos del habla a elementos distintos de los que supone el proceso típico del habla.

En el proceso ya visto no entra en juego el sentido de la vista, pero podemos afirmar que la mayor parte de los fonemas, tanto se oye el sonido como se ve su articulación. Al perfeccionar la captación de las imágenes visuales se hace posible que el hombre adquiera un nuevo sistema simbólico en el cual el sonido puede ser sustituido por la imagen visual de sus articulaciones. Este es el fundamento para considerar la lectura labial como un mecanismo compensatorio en el proceso de la captación del habla, y es también una de las bases del método oral, creado específicamente con el propósito de educar a o los sujetos que carecen del sentido de la audición. Otro punto de apoyo que utilizamos para hacer llegar información al niño sordo es el tacto; haciendo colocar la mano del niño en nuestra laringe, mejillas, etc., en el momento de hablar el niño aprecia la vibración y es capaz de imitarla.

Mediante el sentido kinestésico se hace consciente la correcta posición de los órganos fonoarticulatorios (velo del paladar, labios, lengua, etc.).

Aprovechamos también los restos auditivos que posean los niños, estos restos se estimulan con Adiestramiento Auditivo realizado con equipos amplificadores.

Por tanto, la labor de enseñar el lenguaje al sordomudo tiene la dificultad de que hay que darle la versión oral de sus pensamientos y además conducir éstos por el mismo derrotero que sigue el idioma de cada país. A medida que el sordomudo aprende los sonidos del idioma deberá aprender todas las palabras y formas del lenguaje que dichos sonidos le permitan ya pronunciar, usándolas en forma correcta y en los momentos oportunos. Para ello no bastará una forma desordenada de hacerlo, porque no podrá el niño sordomudo apropiarse, tomando conciencia de su significado, las formas de expresión que tienen valor determinado, no por las palabras aisladas, sino por la forma en que se agrupan. Son tantas y tan variadas que, de no haber un orden lógico, resulta prácticamente imposible superar las dificultades que presentan para el sordomudo su correcta comprensión.

Adquiriendo el lenguaje oral, el sordo tendrá la posibilidad de enfrentar con mayor éxito la vida. Este lo capacitará para una vida social adecuada y satisfactoria, le permitirá alcanzar altos niveles de conceptualización, podrá llegar a un equilibrio emocional que le permitirá realizarse plenamente, evitando las frustraciones tan comunes en el sordo sin lenguaje oral y estará en condiciones de asimilar los contenidos culturales implícitos en el proceso educativo. Si, además, se tiene en cuenta que el lenguaje interior que el sordo posee, no corresponde al de los demás miembros, unas veces por falta de medios suficientes y otras por la deformación que produce la mímica natural que todos ellos hacen, nos encontramos ante una dificultad reconocida por todos los educadores que precisa de una metodología especial.

La metodología utilizada para la enseñanza del sordo está encauzada al oralismo y auralismo, factores que se considerarán específicamente en la didáctica del método oral que se está utilizando en nuestro país.

Lenta, gradual y laboriosamente se llevará a cabo esta enseñanza hasta lograr que el niño esté capacitado para asociar las palabras a los movimientos articulatorios de quien las emite. Este fenómeno, más el contacto de una palabra repetida a través del tiempo y en diversas situaciones, hará que el niño la vaya asimilando hasta ser capaz de utilizarla adecuadamente. El vocabulario obtenido de esta forma constituirá la base sólida para posteriores adquisiciones.

En una segunda etapa, la acción educativa estará dirigida, además del enriquecimiento del lenguaje, a la entrega de los contenidos programáticos correspondientes a la escuela básica.

Como requisito indispensable en el niño sordo para poder iniciar y cumplir en óptimas condiciones su educación especial se hace necesario un entrenamiento Perceptual intensivo cuya finalidad consiste en perfeccionar por medio de ejercicios el desarrollo sistemático de los órganos de los sentidos como también de la atención y memoria que inciden directamente sobre el campo perceptual.

Se adquirirá así una conducta sensorial óptima al desarrollar por medio de estos ejercicios la capacidad de observación y discriminación de las áreas sensoriales.

En el sordo se hace Educación Perceptual a fin de lograr condiciones inmejorables en sus vías perceptivas para mejor captación de la enseñanza a la cual va a ser sometido.

Para lograr una acertada educación Perceptual se debe tener en cuenta el estado neurológico del niño y las etapas madurativas normales correspondientes a cada edad.

Es preciso tener en cuenta la valiosa ayuda que presta la Educación Perceptual en la confirmación de diagnósticos

que en primera instancia no hubiera podido establecerse en forma clara.

Los beneficios de la Educación Perceptual se pueden advertir con claridad en el momento del aprendizaje y de las futuras adquisiciones del niño.

En esta educación se ejercitarán las siguientes funciones perceptivas, mediante técnica y ejercicios cuya eficacia ha sido demostrada por experiencia pedagógica: visual, táctil, auditiva, esquema corporal, análisis y síntesis, figura, fondo, espacial y temporal.

Considerando el lenguaje como un todo en el que intervienen procesos de recepción, comprensión, formulación y expresión, procesos que se interrelacionan y dan origen a la función más fundamental del hombre: la comunicación. En el método oral juegan un papel predominante en el desarrollo de técnicas adecuadas propendientes a la enseñanza y estructuración del lenguaje en el sordo. Reafirmando el concepto de que estos procesos constituyen una unidad los separaremos con el fin de demostrar que las actividades que integran el método oral están dirigidas hacia el desarrollo de estas funciones:

Recepción: Lectura labial: Es reconocer el mensaje lingüístico a través de movimientos labiales.

Adiestramiento auditivo: Uso de la audición residual para la apreciación de los sonidos enseñados a oír y escuchar, con ayuda de aparatos electrónicos.

Comprensión: Ordenes: Frase verbal que indica acción, que permite comprender de órdenes simples a complejas, propias de las actividades escolares y del hogar, que sean sistematizadas.

Adivinanzas: Es agilidad mental, inteligencia, comprensión y abstracción y el poder integrar el lenguaje que está conociendo.

Formulación: Proceso mental a nivel cortical.

Expresión: Articulación: Es llevar al sordo a la producción de sonidos articulados mediante técnicas especiales para lograr un lenguaje inteligible aproximándolo a las características del oyente.

Escritura: Forma de comunicación del pensamiento elaborado mediante mecanismos adquiridos.

Otras actividades del método oral, y que no pueden ser clasificadas estrictamente en cada uno de los factores que componen este esquema, puesto que abarcan más de uno de estos procesos, se detallan a continuación y serán impartidas de acuerdo a un proceso de complejización que comprenderá dos ciclos de escolaridad que son:

Nivel Pre-básico (o Jardín de Infantes) que está formado por cinco secciones.

Nivel Básico: que comprende de Primero a Octavo año, en el cual debe cumplir simultáneamente: el programa de lenguaje específico y el programa oficial del Ministerio de Educación.

Nivel Pre-básico:

1. Calendario: Una de las primeras nociones de lenguaje conectado global es la noción temporal, cuya adquisición está en íntima relación con la audición y que en el sordo se hace difícil de captar por lo cual se ejercita a través de esta actividad, que a su vez sirve de base para otras adquisiciones de lenguaje.

2. Estado del tiempo: Permite afianzar el concepto temporal, y ejercita partes de la gramática, permite la introducción de los verbos ser y estar en tiempo presente habitual, Pretérito Indefinido y Futuro. La presentación de ad-

verbio y frases adverbiales de tiempo, adjetivos calificativos, adverbios de cantidad y frases comparativas de igualdad, superioridad e inferioridad, frases que corresponden a la idea de una repetición en el tiempo, ideas de afirmación, negación, representadas por los adverbios correspondientes.

3. Noticias y actividades: Tiene como objetivo despertar en el niño la conciencia de que todo puede ser expresado a través del lenguaje hablado y que éste es un medio que le permite establecer comunicación con sus semejantes, creándole al niño el deseo de contar y compartir sus experiencias con los demás. Permite presentar todas las partes constitutivas del lenguaje frente a situaciones reales y producto de la experiencia del niño o del grupo en que está emplazado.

4. Sustantivos: Como la forma más simple y fundamental para establecer las bases del lenguaje hablado y escrito, siendo primordial su aprendizaje ya que es necesario que el individuo conozca alrededor del 80 por ciento de sustantivos aislados para que pueda comprender el lenguaje que se le presenta a través de la vía visual. Se enseña por agrupación.

5. Definiciones: Actividad que teniendo como punto de partida el trabajo previo de sustantivos y adivinanzas y que persigue la finalidad de llevar al sordo a un nivel de conceptualización y generalización que serán la base para niveles superiores de lenguaje.

6. Cuentos y relatos: Desarrolla y enriquece el lenguaje conectado, estimula la imaginación, ejercita y afianza la secuencia temporal, desarrolla el interés por la lectura, estimula la convivencia social y le brinda la oportunidad de tener las mismas experiencias de los oyentes de su edad.

7. Descripciones: Da al niño el lenguaje que le permitirá describir y comprender situaciones de lugares y cosas que facilitan su comunicación con el mundo y la comprensión cuando la descripción es hecha por un interlocutor.

8. Gramática: Los temas que comprende la enseñanza de esta asignatura durante la escolaridad del sordo están dados por las partes que comprenden la enseñanza de la Gramática Estructural y serán enseñadas en forma gradual y sistematizadas a través de la actividad denominada Estructuración, la cual se realiza con ayuda de la Clave Fitzgerald. La estructuración es fundamental para la creación de bases sólidas que toleren el peso del enorme edificio que es el lenguaje. La adaptación de la Clave Fitzgerald es un sistema convencional que establece patrones de lenguaje en el niño, los cuales utilizará hasta el momento en que haya logrado llegar en forma natural a niveles superiores de lenguaje, desprendiéndose en forma paulatina de estos patrones de lenguaje.

9. Lectura: Esta actividad se comienza a desarrollar en forma sistemática a nivel de comprensión e interpretación a partir de preparatorio.

Durante los primeros años de escolaridad esta actividad se ha realizado en forma global a través de las distintas actividades ya enunciadas y en forma analítica el trabajo de Articulación.

Ambas formas le permitirán llegar a la sistematización de la lectura en óptimas condiciones.

10. Escritura: Es una actividad que se realiza en forma análoga y paralela a la de lectura.

Nivel Básico:

Las actividades mencionadas en el nivel Pre-básico se irán complejizando y enriqueciendo el lenguaje simultáneamen-

te con las materias que conforman el programa Oficial de la Educación Básica chilena y así lograr la feliz integración del sordo a la sociedad.

DIAGNOSTICOS Y DISCUSION DE CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO SORDO

I. Introducción

Generalmente para la mayoría de las personas, la limitación que produce la sordera se reduce a sus efectos en el lenguaje, sin enfatizar su influencia en otro aspecto del comportamiento.

Una de las tareas del psicólogo que se dedica al estudio del niño sordo, es destacar la manera cómo la desviación sensorial altera las pautas del desarrollo psíquico y la adaptación al medio.

La educación del niño sordo debe conocer y permitir superar las limitaciones que causan la pérdida auditiva en la personalidad y que exceden en gran medida el problema del lenguaje, para que el niño sordo pueda alcanzar un desarrollo integral.

II. Diagnóstico psicológico en el niño sordo

Dimensiones que comprende:

Al igual que todo estudio psicológico infantil consta de tres dimensiones generales, las que señalaremos a grandes rasgos, destacando aquellas que son más pertinentes al estudio del niño sordo:

a) **Estudio del niño** que se plantea a través de: entrevistas del niño y/u observación clínica de su conducta.

—Técnicas psicológicas sobre estos puntos volveremos posteriormente.

b) **Estudio del ambiente familiar e historia del niño:**

1. Captación del ambiente psicológico que rodea al niño a través de entrevistas psicológicas, especialmente de las figuras parentales (normalidad, madurez de éstas, normas educativas del hogar, etc.)

2. Obtención de la Historia del niño. Los rubros investigados son los usuales, haciendo énfasis en aquellos que permitan indicarnos la etiología del problema (antecedentes hereditarios, embarazo y parto, enfermedades infecciosas —sarampión, meningitis— medicamentación, etc.), tipo de sordera, índices en el diagnóstico diferencial con otros cuadros, y apreciar el desarrollo motriz, afectivo y social del niño, subrayando los aspectos del desarrollo de audición y lenguaje.

3. La evaluación del ambiente familiar en cuanto a sus posibilidades de modificaciones de aspectos negativos y al logro de la cooperación de dicho ambiente en la rehabilitación. Es conveniente observar la comprensión y reacción de los padres frente a la deficiencia del niño y ante algunos aspectos específicos de la información requerida en la historia. Se debe manejar además los sentimientos penosos que comúnmente se manifiestan como ansiedad, culpa, agresión, etc.

A través de este contacto se establecerá una buena relación entre el establecimiento y los padres, y se les dará toda información que ellos requieran, manteniéndose en un plano equilibrado de objetividad.

c) **Estudio de la historia y situación escolar:** Este aspecto es especialmente importante en los estudios de corrobora-

ción diagnóstica, o sea, los estudios psicológicos posteriores al ingreso del niño a un sistema de rehabilitación. Se investiga:

1. Estructura pedagógica misma, métodos, sistemas disciplinarios, sistemas de evaluación, etc.
2. Captación del profesor en cuanto a flexibilidad, madurez, preparación, etc.
3. Contexto social escolar, grado de integración del niño al grupo, desnivel sociocultural, edad cronológica, etc.

III. Observación Psicológica

a) **Generalidades:** Volviendo a la primera dimensión diagnóstica, o sea al estudio propiamente del niño, nos centraremos en la observación de la conducta, ya que la entrevista raramente es posible realizarla debido a la limitación del niño en su lenguaje.

La base de la observación son los conocimientos de psicología evolutiva que nos da a conocer las pautas del desarrollo normal, lo esperado a cada edad, (a través de esto podemos evaluar al niño en cuanto a su madurez en los aspectos emocionales, sociales, intelectuales, y motrices) y también los conocimientos de psicopatología infantil que nos indican la forma de manifestarse en el niño los distintos problemas, teniendo especialmente presentes las características de los diversos cuadros psiquiátricos que pueden confundirse con sordera o presentarse en forma simultánea a ésta.

La observación es la herramienta más importante en el diagnóstico psicológico y nunca debe ser postergada por el test; lo que importa es el contacto y la captación en su totalidad del niño.

b) **Características del niño sordo, cómo aparece a la observación clínica:** Siempre que el trastorno sea sólo sordera y no esté complicado con otras afecciones, el niño sordo presentará:

—desarrollo psíquico normal

—respuesta al ruido según su pérdida auditiva; falta de respuesta a la palabra hablada captada acústicamente

—utiliza sus restos auditivos si le gritan

—alta comprensión de los gestos y la mímica

—tenderá a mirar la cara del examinador cuando éste le habla y podrá realizar cierta lectura labiofacial adquirida espontáneamente, siempre que haya sido estimulado en esto por el ambiente.

—atención y expresión facial muy alerta

—utiliza acentuadamente la visión, es sensible a los signos visuales y a los movimientos

—su pantomima es altamente descriptiva, la mayoría de las personas se comunican con ellos a través de gestos o simplemente mostrándole las cosas

—expresión amplia y rica a través de gestos y mímica

—vocalizará, su tono de voz se mostrará alterado, pudiendo existir características de monotonía y falta de claridad en su voz y risa. Lloran y giran a menudo con voz poco resonante

—mostrará numerosas rabietas en su comportamiento cuando no son comprendidos o no comprenden lo que se les dice

—comprenden las situaciones y su lugar dentro de un grupo, la mayoría de las veces se comportan de manera aceptable cuando ellos comprenden. Puede existir cierta dificultad para enfrentar situaciones sociales nuevas debido a que están sobreprotegidos por el medio familiar

—sus juegos son usualmente activos, aceptan los juegos

ofrecidos y los siguen de acuerdo a su edad cronológica. Según sus restos auditivos el ruido toma o no participación en el juego; a veces puede haber implicación vibratoria

—su desarrollo motor en general será normal.

Cuando la sordera está complicada con otro cuadro, estos aspectos se modificarán de acuerdo a las características del cuadro agregado, por ejemplo, niño sordo con disfunción cerebral mínima aparecerá desinhibido en el contacto social, muy inquieto, etc. Un niño sordo con trastorno emocional puede presentar graves problemas en el contacto, etc.

IV. TESTS PSICOLOGICOS

El estudio de un niño a través de pruebas no es sólo el análisis psicométrico, sino que debe hacer énfasis en la observación clínica de su conducta; la observación nunca debe ser dejada de lado.

En la finalidad de la aplicación de pruebas psicológicas se deben distinguir dos aspectos:

1. Establecer las aptitudes o falta de aptitudes, o sea cómo funciona actualmente el sujeto en las diversas capacidades.
2. Análisis y explicación de hechos, buscar la razón que hay detrás de un comportamiento.

La diferencia entre el primer y segundo objetivo es que el primero es para establecer o determinar y el segundo es para comprender, por ejemplo, por qué el sujeto se comporta de determinada manera, para así promover un cambio.

¿Qué utilización tienen los resultados obtenidos a través del diagnóstico psicológico a través de tests? En un comienzo principalmente fue detectar los niños de rendimiento subnormal; posteriormente se pretendió estudiar el funcionamiento de las diferentes capacidades, lo que nos permitiría, por ejemplo, homogenizar grupos de clases, evaluar el progreso escolar de acuerdo a las capacidades, etc. Otras utilidades serían:

- a) ayudar al diagnóstico audiométrico
- b) análisis de los factores subyacentes a un insuficiente progreso escolar
- c) orientación escolar en cuanto al método más conveniente a usar en la rehabilitación
- d) diagnosticar problemas de conducta familiar y escolar
- e) diagnóstico diferencial
- f) orientación vocacional.

Condiciones de la Administración de los tests en los niños sordos: Hay dos, tener presente que la respuesta de un niño, y por lo tanto la evaluación de su capacidad, va a depender no sólo del test sino de la situación total del examen, de ahí que el examinador jugará un rol muy importante; su actitud, comportamiento y su preparación especial están preponderantes. El psicólogo que se dedica a niños sordos debería poseer un entrenamiento especial debido a las dificultades que surgen en el examen del sordo, como ser:

—dificultad de comunicación

—facilidad del niño sordo para captar visualmente índices que el examinador involuntariamente pueda dar. Por otra parte puede caerse en facilitar la tarea más allá de lo necesario en consideración al déficit que presenta el niño

Requisitos de los tests para ser aplicados en niños sordos:

Para que los aportes de los tests en niños sordos sean positivos deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Deben ser no verbales, tanto en la instrucción como en la tarea misma.
2. El test debe incluir una práctica preliminar para asegurarse de que el niño comprendió la tarea.
3. A pesar de que la rapidez es un índice de la inteligencia, no se debe ser muy estricto en la consideración del tiempo límite de los tests, porque para el niño sordo pequeño es difícil comprender instrucciones tales como "trabaja lo más rápido que puedas".

En el período en que deben descubrirse las posibilidades del niño, posibilidades que pueden estar veladas por su problema de comunicación, es indispensable cumplir las condiciones ya señaladas. Pero gradualmente a través de su rehabilitación será necesario agregar otros tests que abarquen los requisitos que la sociedad va a exigir al individuo (como ser tests verbales, instrucciones dadas en forma estricta, etc.). Si se continuara utilizando tests especiales supondría el riesgo de juzgar irrealmente las posibilidades de un niño sordo en nuestra sociedad a la cual él deberá adaptarse. La persona sorda debe vivir y desea vivir en el mundo de los oyentes. Esto más que un problema psicométrico es un problema sociopedagógico; una evaluación para que sea significativa debe tener lugar en un marco de referencia social.

—manifestar aprobación frente al comportamiento del niño pero solamente de manera apropiada.

—dificultad del niño sordo para enfrentar situaciones nuevas y sobreponerse a la ansiedad.

Interpretación de los resultados (discusión del CI): En cuanto a la interpretación de los resultados de los tests de inteligencia y su posterior aplicación en la práctica, debe comprenderse claramente que el CI no es un indicador de una dotación intelectual del ambiente y por ende de la Educación; por lo tanto un CI no debe ser tomado como el nivel máximo que pueda alcanzar un niño sino que el nivel en que se encuentra en ese momento y que es susceptible de ciertas variaciones.

Indudablemente que no debe caerse en el extremo opuesto de que todo CI es puramente dependiente del ambiente. Por otra parte no es el CI lo que interesa pedagógicamente sino el análisis de las funciones intelectuales y su organización.

Estandarización de test en sordos: Un test es esencialmente un instrumento de comparación con el cual se compara al individuo con las normas de grupo. La pregunta es clásica: ¿Se debe estandarizar tests para ser utilizados en sordos, en personas con audición o en sordos?

Esta inquietud nació al observarse que los resultados obtenidos por los niños sordos en algunas pruebas manuales (Godenough, Raven Kohs, Wisc, etc.) era inferior al de niños oyentes. Una explicación posible es que el niño sordo desarrolla algunas funciones más lentamente que el niño normal; para corroborar esto se pensó en la estandarización.

El principio básico de la estandarización es usar una muestra de la misma población con la cual el individuo es comparado; ahora bien, uno desea comparar al sordo no solamente con otros sordos sino con personas con audición.

O sea, no determinar solamente su posición relativa en comparación con sus co-pupilos, sino también y con respecto al grupo de su edad con el cual tendrá que cooperar y competir en la sociedad normal.

En cuanto a la relación de un rendimiento de un test y el éxito escolar de los niños sordos: Algunos trabajos que se han hecho dan resultados favorables, especialmente en aquellos en que se usaron tests más completos en el sentido de que investigan a través de diferentes pruebas diversas funciones.

Sería importante establecer relaciones entre diferentes tests que miden diferentes aptitudes y aprendizajes especiales que debe hacer el niño sordo, por ejemplo, lectura labiofacial, ya que en algunas investigaciones se ha visto que estos aprendizajes no correlacionan con la inteligencia general, sobre este punto creemos conveniente recordar que el rendimiento escolar es el resultado de una multiplicación de factores dentro de los cuales el rendimiento intelectual es solamente uno.

V. Discusión sobre los aspectos intelectuales del niño sordo:

El problema que se plantea es si la falta de estimulación auditiva y de lenguaje tiene influencia el desarrollo del pensamiento; indudablemente la pérdida auditiva altera el funcionamiento y la integración de las percepciones; la experiencia tiene que hacerse a través de una organización diferente de éstas. Esta organización en el sordo profundo presenta la siguiente jerarquía: visión, tacto, olfato y gusto, mientras que en el hipoacúsico: audición, tacto, olfato y gusto.

Esta diferente organización al nivel de la percepción afecta al rendimiento intelectual general desarrollándose ciertas funciones más fácilmente que otras. Numerosas son las experiencias que se han hecho a este respecto y las opiniones sobre sus resultados están divididas por un lado, algunos aseveran que el sordo intelectualmente es inferior al oyente, otros sostienen que no hay diferencia significativa, por ejemplo: P. Oleron afirma que la diferencia con el normal no es importante cuando el test hace intervenir actividades más abstractas, mientras que cuando el test hace intervenir funciones de percepción y memoria visual, el sordo obtiene un resultado superior al oyente.

Esta contradicción y la necesidad de dilucidarlo ha conducido a nuevos análisis e hipótesis que pretenden explicar por qué el sordo aparece como retardado en las pruebas que requieren abstracción:

- 1) Hipótesis que identifica lenguaje y pensamiento abstracto por lo cual el sordo obtiene valores negativos en todas las pruebas que lo requieren.
- 2) La segunda hipótesis no identifica lenguaje y pensamiento abstracto, pero reconoce que el lenguaje ejercita y desarrolla ciertas funciones.

Investigaciones dadas a conocer por Hans G. Furth apoyan la segunda hipótesis ya que dice que el lenguaje verbal no es un comportamiento importante en el uso y formación de concepto pero que sí el lenguaje tiene una influencia de naturaleza más general en el proceso de conocimiento y esto especialmente a través de la adquisición de experiencias. El niño sordo no recibe la misma estimulación del oyente, ya que la palabra es una de las principales fuentes de estimulación; o sea, si el niño sordo presenta un retardo con respecto al oyente se debe a su deficiencia de experiencia, deficiencia indirectamente ligada al lenguaje.

Estas investigaciones enfatizan por lo tanto la distinción entre capacidades conceptuales y verbales; la capacidad básica para conceptualizar y razones es vista como independiente del lenguaje y dependiente especialmente de las

experiencias generales de la vida.

Por lo tanto los esfuerzos educativos deberían dirigirse a proporcionar experiencias al sordo a través de cualquier medio no exclusivamente verbal.

Según Edna Levine el niño sordo alcanza un nivel concreto de funcionamiento porque se le enseña a un nivel concreto, no se le brinda el tipo de ejercicio necesario para la promoción de niveles más altos de pensamientos abstractos.

Otras investigaciones realizadas en niños sordos a través de métodos experimentales de Piaget, por ejemplo, el de Michele Boreye llegan a la conclusión de que no existe diferencia fundamental entre las capacidades lógicas y elementales del niño sordo y del oyente, al sordo puede faltarle adquisición lingüística, pero no la expresión simbólica, el lenguaje intervendría como elemento fijador de los procesos ayudando a su toma de conciencia para hacerlos más estables y eficaces.

VI. Discusión sobre aspecto de personalidad del niño sordo:

En cuanto a los tests de personalidad, es un área que no se ha desarrollado en sordos, los resultados de las investigaciones indican más bien que los instrumentos utilizados son poco indicados para el estudio del sordo. Además hay muy pocos estudios sobre el desarrollo de la personalidad y los problemas específicos del sordo, por lo tanto se conoce menos como se proyectan estos en los tests.

La consecuencia más importante de la deficiencia auditiva es el aislamiento junto a la falta de lenguaje y todo esto incide en los procesos de identificación. Se designa como identificación el desarrollo inconsciente de sentimientos y de actitudes similares a la de nuestros semejantes, especialmente del mismo sexo; se desarrollan también actitudes hacia la familia como unidad, etc.

En relación a los procesos de identificación parece existir una mayor dificultad en el sordo para lograrla.

Las investigaciones respecto a si existe una estructura de carácter peculiar del sordo como consecuencia de su aislamiento, presenta conclusiones divergentes.

1. La tendencia que no acepta peculiaridad en el carácter del sordo (Oleron, E. Levine) se basa en que la importancia del aislamiento a que está sometido éste no es tan grande, ya que no carece totalmente de impresiones sonoras, ya sea porque su sordera no es completa o porque el sentido vibratorio reemplaza al oído y le permite comprender ciertos elementos básicos de la música como el ritmo, altura de los sonidos y además posibilita una orientación relativa dentro de los ruidos de la ciudad.

Debe tomarse en cuenta que el sordo posee por otra parte una amplia compensación sensorial en el sentido de la visión.

2. Las tendencias que aceptan la peculiaridad (Lane, Gessell) derivan del hecho de atribuirle al sordo un aislamiento extremo, para algunos más grave que el que sufre el ciego, las consecuencias más comúnmente aceptadas de este aislamiento serían mayores abstracciones en madurez en su desarrollo emocional y social.

Durante su desarrollo afectivo se observa que el niño sordo parece sufrir mayor número de frustraciones que derivan de su dificultad de comunicación tanto porque no puede hacer comprender su deseo ni tampoco recibir las explicaciones necesarias cuando no es posible satisfacerlo. De esta manera el sordo puede sentir las frustraciones comunes como rechazos hostiles; como resultado puede re-

traerse en sí mismo o por el contrario presentar reacciones agresivas intensas.

Además el déficit sensorial puede tener ingerencias en el sentido de seguridad, el que es decisivo para el desarrollo normal del niño. El oyente mientras juega oye todos los ruidos del hogar y al oír a distancia a su madre recibe la sensación de seguridad que no experimenta el sordo.

Cabría agregar además el largo y ansioso proceso a que es sometido de visitar médicos, someterse a exámenes, etc., junto a esto surge una posible reacción alterada de los miembros de su grupo familiar, comúnmente la sobreprotección y excesiva indulgencia materna.

Los efectos del aislamiento y de la falta de lenguaje en el desarrollo de la personalidad pueden variar de acuerdo a la edad de comienzo de la sordera; la personalidad de un adulto que queda sordo no es igual a la personalidad de un adulto que ha sido sordo desde niño. El efecto mayor de la sordera en la personalidad sería en sordos profundos a temprana edad.

En cuanto a la **adaptación** del sordo a su medio se ha concluido que éste se encuentra mejor adaptado en un medio de personas sordas, el que se desenvuelve en un ambiente de oyentes presenta mayor tensión y conflicto.

El sordo profundo comparado con el hipoacúsico presenta menor conciencia de su problema, mientras que el hipoacúsico se da cuenta con mayor claridad de su problema, probablemente debido a que conoce el nivel normal.

En general la mayoría de las investigaciones sobre **madurez social** en el sordo indican que éste sería inferior a los normales, o sea que no ha adquirido el nivel de personalidad adecuado, depende de otros para su dirección y cuidado. (Madurez social es la capacidad para cuidarse de sí mismo y para brindar cuidado a otros).

Investigaciones sobre **incidencias psiquiátricas en sordera** sostienen que existe un mayor número de trastornos neuróticos en los grupos de sordos comparado con un grupo normal similar.

Los **rasgos neuróticos más comunes** encontrados eran de tipo paranoides depresivos e hipocondríacos.

Contrariamente a lo esperado no se encontró gran incidencia de esquizofrenia, no aparecieron como introvertidos, por el contrario parecen buscar a través de un contacto forzado y hasta agresivo la compensación de su aislamiento.

VII. Diagnóstico diferencial en el niño sordo:

El niño sordo debe diferenciarse de otros cuadros psiquiátricos que atentan el lenguaje, como ser: debilidad mental, afasia, trastornos emocionales, esquizofrenia infantil. Este aspecto será tratado a través de otros trabajos en esta jornada.

En un niño sordo es importante diagnosticar diferencialmente grado y tipos de pérdida auditiva, lo que incide directamente en su rehabilitación (por ejemplo: sordo periférico y sordo con compromiso neurológico, sordo hipoacúsico y sordo profundo).

Netamente compete al psicólogo el diagnóstico diferencial de la capacidad mental del sordo y de la organización de sus diversas funciones.

Otro diagnóstico diferencial importante sería distinguir aquel que manifieste sólo la deficiencia sensorial y aquel en el que la integración del sistema nervioso central está alterada, ya sea en menor o mayor grado y en diferente

forma, estas deficiencias pueden manifestarse en problemas de aprendizaje; por ejemplo: el niño de inteligencia normal con problema específico en el reconocimiento y recuerdo de las palabras a través de la lectura labiofacial, también el niño que presenta problemas en lectura y escritura.

Es también importante observar y diagnosticar la evolución del lenguaje a través de los años de rehabilitación, es común que inicialmente se presenten errores tales como omisiones de palabras dentro de la frase, adición de palabras, alteración de la secuencia, sustitución en el tiempo de los verbos, etc. Estos errores deben diagnosticarse diferenciándolos de aquellos que son causados por otras alteraciones de la función verbal: como ser, afasia, retardo mental, etc.

Otro aspecto a considerar en el diagnóstico del niño sordo sería el aspecto emocional en cuanto a su desarrollo, adaptación, etc., es sólo posible hacer diagnóstico diferencial entre la llamada persona sorda normal y el que posee un desorden mental severo y obvio. La desadaptación modelada y sutil de la personalidad no son distinguibles principalmente porque no poseemos instrumentos diagnósticos adecuados.

El problema del diagnóstico diferencial es distinguir entre el sentimiento de aislamiento y otros efectos importantes de la falta de audición y una verdadera enfermedad mental.

El diagnóstico diferencial entre problemas emocionales, retardo mental y daño cerebral es indispensable en el sordo, ya que algunos efectos de éstos en la conducta pueden ser fácilmente confundidos.

Es necesario evaluar la madurez social que, como hemos visto, generalmente está retardada en comparación al niño oyente, esta evaluación es necesaria especialmente por su seria implicación en el éxito escolar.

VIII.

A través de estos puntos señalados se hace evidente que el acercamiento al problema de la pérdida auditiva es un acercamiento multidisciplinario. Debe enfrentarse necesariamente a través de un equipo ya que ninguna disciplina posee todas las respuestas para el diagnóstico y la rehabilitación del deficiente auditivo.

El equipo de especialistas debería poseer cierto conocimiento común de las diferentes disciplinas para poder comunicarse en forma efectiva y productiva.

BIBLIOGRAFIA

- Dr. Jorge Perello y Prof. Francisco Tortosa. SORDOMUDEZ.
- Dr. Ira J. Hirsh. LOS OIDOS DEL SORDO SEAN ABIERTOS.
- Bascuñán, Cabezas, Flores, Frederick, Fuentes, Ghirardelli, Latorre. SEMINARIO DE TITULO. ORGANIZACION Y REGLAMENTACION PARA UNA ESCUELA ORAL DE NIÑOS SORDOS. 1968.
- Araneda, López, Perales. SEMINARIO DE TITULO: PROGRAMAS DE LENGUAJE PARA UNA ESCUELA DE NIÑOS SORDOS (Pre-Básica).
- Mireya Castillo. SEMINARIO DE TITULO: PROGRAMAS DE LENGUAJE PARA UNA ESCUELA ORAL DE NIÑOS SORDOS. (Preparatorio y Básico).
- Vergara, Soto, Rubio, Brito. SEMINARIO DE TITULO: CARACTERÍSTICAS DE ARTICULACION Y VOZ DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA EXPERIMENTAL ESPECIAL DE REHABILITACION DE SANTIAGO. 1968.
- Maspétiol, Soule, Guillemaut, Fourgon, Gautie. LA EDUCACION DEL NIÑO SORDO.
- APUNTES DE LA CATEDRA DIDACTICA DEL LENGUAJE. 1968.
- APUNTES DE LA CATEDRA DE DIDACTICA DE LECTURA Y ESCRITURA. 1968.
- Dr. Gonzalo Sebastián. AUDIOLOGIA PRACTICA.
- ACTAS DEL 1er. CONGRESO AMERICANO DE HIPOACUSIA Y LENGUAJE.
- ACTAS AUDIOLOGICAS Y FONIATRICAS HISPANOAMERICANAS.
- REPORT OR THE PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL CONGRESS ON EDUCATION OF THE DEAF. 1963.
- CLAVE PARA LA ESTRUCTURACION DEL LENGUAJE. Instituto Oral Modelo.

niños con trastornos sensorial visual

Elaborado por la ESCUELA Nº 3

I INTRODUCCION

Es indudable, y esto lo corrobora la experiencia cotidiana que, de los trastornos físicos que pueden efectuar a un niño, la ceguera es, ateniéndose al sentir unánime del público en general, el mayor de todos, el más grave, el que más problemas acarrea.

Los educadores de ciegos sabemos que esto no es así y que esa opinión tan generalizada existe desde hace siglos y es una prueba más del predominio de lo sentimental sobre lo que es lógico y razonable.

El escritor ciego francés, Mauricio de la Sizeranne, en una reseña biográfica que escribiera sobre Valentin Haüy dice "antes que el cristianismo viniera a suavizar las costumbres, los ciegos eran tratados con crueldad; el recién nacido ciego estaba irremisiblemente condenado a morir. Una excepción a estas actitudes la constituía la Ley hebrea que ordenaba no poner al ciego obstáculos en su camino, dejar al ciego comer con tranquilidad su pan. En el siglo IV San Basilio, obispo de Cesarea, creó un asilo para ciegos el cual desafortunadamente no pudo perdurar en esa época de tantos cambios y trastornos.

En 1260, Luis IX, rey de Francia comúnmente llamado El Santo, fundó en París el Hospital de los Trescientos (Le quinze vint), que aún subsiste en nuestros días.

Quinientos años después, en septiembre de 1761, en la Feria de San Ovidio en París, un espectáculo propagandístico que mostraba a una media docena de músicos ciegos apostados a las puertas de un café, vistiendo indumentarias grotescas y ridículas, despertó en el alma sensible y generosa del joven Valentin Haüy, que lo presencié, el deseo ardiente de hacer algo en favor de seres humanos tratados con tan poca humanidad. Les daría educación, pues era el medio más eficaz para que adquirieran conciencia de sus legítimos derechos, supieran exponerlos con claridad y defenderlos con interés y tenacidad.

Después de experiencias muy satisfactorias que llevó a cabo con un niño ciego mendigo al que enseñó, utilizando letras móviles recortadas en maderas o en cartón, lectura, escritura, historia, geografía, aritmética, etc. Estableció en París en 1784 la primera Escuela para la educación de los ciegos que hubo en Europa. Es de toda justicia destacar aquí el papel importante que tuvo en este movimiento reivindicatorio el gran enciclopedista Diderot, con la publicación de su famoso opúsculo "Carta sobre los ciegos para uso de los que ven" (Lettre sur les aveugles a l'usage de ceux qui voient) que, si bien es cierto, contiene varios errores tiflológicos, sin embargo tuvo el mérito indiscutible de haber llamado la atención de los estudiosos y del público en general, sobre los ciegos y sus múltiples problemas.

En 1819 a la edad de 10 años ingresaba a la escuela fundada por Haüy, Luis Braille Barón, dotado de una inteligencia privilegiada, que era hijo de un guarnicionero de Coupvray y que había quedado ciego por un accidente a la edad de cuatro años.

Tomando como base el punto en relieve que utilizara el capitán de artillería Carlos María Barbier de la Serre para su sonografía o escritura nocturna, Braille ideó el sistema de escritura de puntos en relieve que ha inmortalizado su nombre, y que hoy es usado por los ciegos en todo el mundo. El sistema Braille, impropriamente bautizado anaglifografía por el inspector de la escuela apellidado Levitte, consta de seis puntos dispuestos verticalmente por pares con los cuales pueden hacerse 63 signos diferentes. De la obra de Braille se publicaron dos ediciones; una en 1829 y la segunda que fue la definitiva en 1837.

Con la invención de este sistema se dio un gran paso en la educación y la culturización del ciego, pues se puso en sus manos el libro, tesoro inagotable de conocimientos, distracción y perfeccionamiento. Actualmente existe en casi todos los países bibliotecas circulantes que prestan libros a los ciegos y hay imprentas muy bien montadas que publican toda clase de revista, folletos, libros de textos de enseñanza, etc. que se distribuyen gratuitamente entre los ciegos o que les son vendidos a precios muy módicos.

En nuestro país, bajo la presidencia de don Federico Errázuriz, por decreto Nº 49 del 31 de marzo de 1875, se ordenaba la creación de la primera escuela para ciegos que habría existido en Chile. Esta iniciativa tan plausible no llegó a ser realidad y en abril de 1900, siendo Vicepresidente de la República don Elías Fernández Albano y Ministro de Educación don Francisco Herboso, se dictó un nuevo decreto que disponía la creación de una sección ciegos que debería funcionar anexa a la Escuela de Sordo-Mudos, que había sido fundada en 1852.

El 8 de agosto de ese mismo año empezó a funcionar esa sección con una matrícula de siete alumnos, adultos en su totalidad. Todo el establecimiento estaba bajo la dirección del Dr. Francisco Meza Fernández.

Durante un medio siglo se mantuvo esta situación que impidió que la educación del niño ciego avanzara y se pusiera a tono con el progreso que hacía la educación en general.

Bajo la presidencia de don Gabriel González Videla y siendo Ministro de Educación don Bernardo Leighton Guzmán, por decreto Nº 3.871 de 5 de junio de 1951, se separó de la Escuela de Sordomudos la sección ciegos, pasando ésta a constituirse en establecimiento independiente con el nombre de Escuela Especial de Ciegos y bajo la dirección de don Roberto Fuentes Serrano.

Hemos resumido en esta introducción, de manera muy sucinta, algunas ideas e informaciones que consideramos básicas y fundamentales en el desenvolvimiento de la educación del niño ciego.

II. DEFINICION DE CEGUERA

Tanto los educadores de ciegos, como los legisladores y todos quienes se interesan por ayudarlos a encontrar su camino en la vida, saben la importancia fundamental que tiene el que se disponga de una definición exacta de ceguera. Saber con toda exactitud y sin temor a equivocarse con perjuicio de terceros, quién es ciego y quién no lo es. Consciente de esto, la Asociación Médica Americana nombró una comisión presidida por el Dr. Nelson M. Black y más tarde por el Dr. Alberto C. Snell, para que estudiara este problema y propusiera una solución. Esta comisión se desempeñó meritoriamente, y una vez estudiadas sus comprensivas y bien ponderadas conclusiones, fueron aceptadas por la institución ya mencionada (1940).

La definición de ceguera de Snell dice: "Existe ceguera cuando la acuidad visual central es de veinte doscientos avos o menos en el ojo mejor después de hechas las correcciones, y cuando el campo visual es limitado a veinte grados en el mayor diámetro del ojo mejor después de hechas las correcciones". La Asociación Panamericana de Oftalmología aceptó también esta definición.

Una persona con una agudeza visual de veinte doscientos avos es capaz, de acuerdo con esta definición, de reconocer a una distancia de veinte pies las cosas y objetos que las personas con visión normal ven a una distancia de doscientos pies. Esto significa la pérdida de un ochenta por ciento de la eficiencia visual.

Como fácilmente puede colegirse, es ésta una definición que podríamos llamar "social", por cuanto sirve para determinar quiénes son ciegos "legales" y tienen, de consiguiente, derechos a reclamar y recibir todos los beneficios que la ley otorga a los ciegos en los Estados Unidos en donde esta definición está oficialmente aceptada.

Hasta hace unos pocos años, los educadores de ciegos aplicaban esta misma definición para decidir la admisión o el rechazo de un postulante a alumno en una escuela para niños ciegos. Pero bien pronto advirtieron que esta política podía inducirlos a errores y que era necesario buscar otra definición más adecuada y ajustada a la realidad, es decir, había que contar con una definición "educacional" de ceguera.

Reunidos en varias oportunidades y lugares, muchos educadores de ciegos muy expertos y bien calificados consideraron conveniente hacer, entre otras, las siguientes recomendaciones a sus colegas:

a) los educadores especializados en enseñanza de ciegos deben esforzarse por encontrar una definición educacional funcional del ciego y no apoyarse en definiciones usadas por la medicina, la rehabilitación o para el bienestar y la asistencia social del interesado;

b) la definición corriente de ceguera legal (la de Snell) no sirve mucho a los educadores ya sea como mera definición o como criterio para la colocación de un postulante en una escuela o establecimiento que proporcione los beneficios de la educación especial. No es prudente, eso sí, ni tampoco aconsejable, posponer y proporcionar cambios en las leyes que tomaron como base la definición ya mencionada, pues sería prematuro hacerlo mientras no se haya hecho un estudio amplio y acucioso de este problema.

El Dr. Baillant en la revista de oftalmología social analiza las razones por las cuales la ceguera ha de ser definida en términos oftalmológicos antes que valiéndose de expresiones tales como "insuficiencia visual para andar, para viajar", "pérdida de visión suficiente para guiarse".

Tal habilidad depende del lugar donde se ha ejercitado, pues no es lo mismo en este caso una aldea y una ciudad populosa de mucho movimiento.

La habilidad para locomoverse para una persona con desventaja visual también varía de conformidad a su inteligencia, a su personalidad; si es audaz, tímido, precavido, etc. y con las condiciones de los demás sentidos particularmente el oído.

Manifestó igualmente que, aunque la agudeza visual sea un elemento subjetivo es preferible basar una definición de ceguera sobre ella, que en una expresión vaga e imprecisa tal como pérdida de visión guiadora.

Muchos tiflopedagogos que ya habían advertido los hechos anotados por el Dr. Baillant y otros, los estudiaron en repetidas ocasiones llegando al convencimiento de que era impostergable incluir en los programas de las escuelas para ciegos una asignatura nueva especial, cuyo objetivo sería enseñar, ejercitar, adiestrar al educando ciego, en la orientación, movilidad y desplazamiento, tomando en cuenta todos los factores subjetivos y objetivos, todas las circunstancias ambientales, en una palabra todo cuanto pudiera contribuir en alguna forma para que el ciego pueda locomoverse con seguridad, precisión y desenvoltura.

Fue así como nació la peripatología, cuyos especialistas son escrupulosamente seleccionados, además de exigirseles condiciones físicas, psicológicas, emocionales sobresalientes.

Ya hay en muchas escuelas para ciegos buenos peripatólogos que han logrado resultados sobresalientes en el desempeño de esta profesión.

Es evidente que un ciego con un desplazamiento casi perfecto impresiona muy bien en tanto que otro de movimientos rígidos, torpes e inseguros causa lástima y contribuye a reafirmar la opinión negativa que las gentes tienen de los ciegos.

En el Congreso celebrado en San Pablo el Dr. Rubens Belfort M. hacía presente: "La definición de ceguera varía de autor a autor y de país a país. Innumerables serían las ventajas de todo orden que se alcanzarían con una definición uniforme de ceguera que tuviera aceptación universal."

Considerando únicamente el concepto de ceguera sería interesante se pudieran definir 4 tipos de ella:

- a) ceguera total,
- b) ceguera económica o práctica,
- c) ceguera profesional, y
- d) ceguera educacional.

No hace falta definir la primera que es la pérdida total y permanente de visión en ambos ojos; la segunda, cuyo nombre ha llamado seguramente vuestra atención es aquella en la cual la reducción de visión es de tal forma que imposibilita para cualquier servicio o trabajo que exija el uso de la vista; la tercera se daría cuando la persona no puede ejercer su profesión, pudiendo no obstante, ser rehabilitado para el ejercicio de otras profesiones que exijan menos uso de la visión, y la última, que es la que importa a los educadores de ciegos, sería aquella en la cual debido a su escasa visión, el individuo no puede educarse con los patrones normales de enseñanza.

En el Congreso sobre promoción social de los ciegos franceses y europeos celebrado en París en julio recién pasado, la Dra. Srta. Chambet aludió a las definiciones de ceguera en los distintos países haciendo ver las múltiples dificultades con que se tropezaba para hacer una definición universal. Recomendó mayor generosidad en aquellos países donde solamente son ciegos los que no ven ni la luz, como en la India por ejemplo.

J. Walker, especialista en educación de desventajados visuales, dice: "Los problemas relativos a la definición y clasificación de los deficientes visuales están todavía en estudio".

DEFINICION DE CIEGO:

Ciego legal es aquel que tiene menos de 0.1 de visión. Ciego total es el amaurotico.

Sin embargo, tan importante como la visión lejana es la de cerca. Niños con 0.1 de visión o menos para lejos, pueden ser capaces de leer títulos medianos, o aún pequeños, de letras, lo que les permitirá un buen aprendizaje en escuelas corrientes.

Existen también afecciones como la toxoplasmosis congénita, en que siendo la visión de lejos de 0.1 o más, la de cerca será deficiente, por estar en ella afectada la zona de visión más fina, que es la de cerca.

El concepto de campo visual también es importante. La visión para cerca y lejos puede ser aceptable; sin embargo, si el campo visual es tubular, muy estrecho, ese niño no verá nada hacia los lados. Su mundo será como mirar a través de dos tubos de escopeta, lo que lo limitará enormemente en sus estudios.

III. ETIOLOGIA

Podemos hacer una clasificación de las causas de ceguera desde el punto de vista clínico. Las dividiremos, así, en:

I. **Congénitas:** Es decir que se manifiestan desde el nacimiento. Su origen puede ser:

a) **Hereditario:** Se transmite la afección de generación en generación, ya sea en forma directa desde algunos de los padres (herencia dominante) o saltándose algunas generaciones (herencia sucesiva) o ligado al sexo.

b) **adquiridas:** Por acción sobre el embrión, afecciones maternas.

Como ejemplo del grupo a) tenemos diversas malformaciones (anoftalmía, microftalmía, microcaínea, luxación del cristalino, degeneraciones retinales y del nervio óptico, etc.; 2) glaucoma congénito (mal drenaje de los humores del ojo, que determina su hipertensión y atrofia del nervio óptico secundario); 3) cataratas (opacificación del cristalino); 4) retima plasmoma (tumor maligno del ojo, propio de los menores de 6 años, etc.); 5) albinismo ejemplo del grupo b-1) rubiola materna que origina en el niño cardiopatía congénita, microftalmía y cataratas;

2) **Toxoplasmosis**, que además del compromiso de diversos órganos origina una lesión destructiva de las máculas, zona para la visión óptima de cerca.

II. **Infeciosas:** 1) Úlceras corneales por gérmenes ambientales o de la gonorrea, que puede llevar a la perforación ocular, con pérdida de la visión; 2) meningitis tuberculosa, que por compresión del nervio óptico determina su atrofia secundaria.

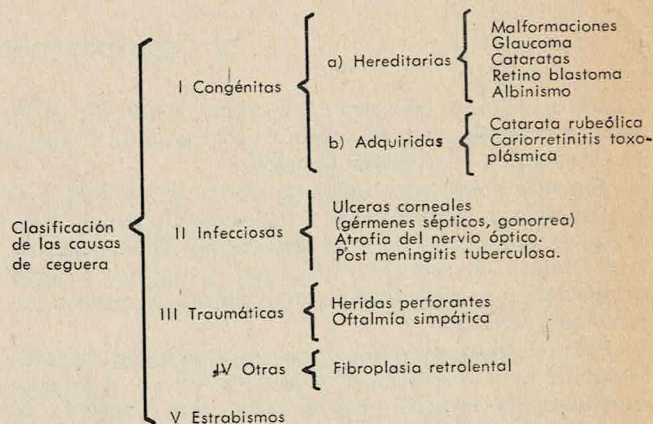
III. **Traumáticas:** Frecuentes en los niños, sobre todo heridas oculares perforantes no tratadas a tiempo que ori-

gina infecciones endoculares graves del ojo afectado y a veces también del ojo contra lateral (oftalmía simpática).

IV. **Otras:** Fibroplasia retrolental, propia del niño prematuro que al recibir oxígeno en exceso degenera su retina y vitrio, siendo reemplazados por tejidos fibrosos, que se observa por detrás del cristalino transparente, de allí su nombre.

V. **Estrabismos:** Causa de ambliopía más o menos grave, nunca de ceguera. Será tratado separadamente.

* En esta sección pese a existir visión aceptable de lejos, la de cerca sólo permite leer títulos grandes. Además existe mala adaptación a los cambios de luminosidad y la visión de colores es nula.



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

Grupo I. a) Diagnóstico: examen ocular de todo niño recién nacido, completo.

El tratamiento no siempre es posible, como sucede en malformaciones graves, como anoftalmía o microftalmía. Operar las cataratas en cuanto se diagnostican. La demora puede significar falta de desarrollo de la retina por carencia del estímulo luminoso; en el glaucoma congénito el tratamiento va encaminado a normalizar la tensión acular. El retino blastoma exige la enucleación del o los ojos afectados.

b) Las características clínicas y los exámenes de la madre y el niño nos lleva a su diagnóstico. En rubeola no existe tratamiento específico. Se operará las cataratas si no existen microftalmía extrema. La toxoplasmosis tiene tratamiento específico, pero la lesión destructiva de la retina no se recupera, quedando la visión dañada definitivamente.

Grupo II. Su diagnóstico clínico es fácil al examen. Existe tratamiento específico para los diversos tipos de úlceras corneales, pero el éxito depende del estado general del niño y de la gravedad de la afección.

La atrofia óptica post meningitis tuberculosa no es recuperable, aunque el paciente se reponga satisfactoriamente de su meningitis.

Grupo III. El ideal es saturar las heridas perforantes antes de 6 horas, instalando de inmediato tratamiento con antibiótico y corticoides para evitar la oftalmía simpática. Sin embargo si la herida es muy extensa o compromete lo retina, es necesario exanterar.

Grupo IV. Una vez instalada no es recuperable. Su desaparición actual se debe a que se evita el exceso del oxígeno a los niños prematuros (tratamiento prenatal).

Grupo V. Se indicará separadamente.

PREVENCIÓN

1. Evitar matrimonios consanguíneos. La frecuencia de enfermedades hereditarias aumenta varias veces en ellos.
2. Examen cuidadoso del recién nacido.
3. Control materno durante el embarazo.
4. Alimentación adecuada y control médico del lactante y preescolar.
5. Vacuna BCG.
6. Prevenir accidentes. Labor realizada en hogares, escuelas y fábricas.
7. Instituto de Estrabismo.

IV. CLASIFICACIÓN

Habría que tomar en cuenta 3 factores; grado de visión, edad a que sobrevino la ceguera y causa de la ceguera. La clasificación educacional abarcaría:

a) Aquellos niños cuya visión no puede ser medida o es tan limitada y reducida que prácticamente no puede ser utilizada como canal para el aprendizaje. Estos niños deben emplear el sistema Braille para la lectura y como un elemento de importancia primordial en el proceso enseñanza-aprendizaje.

b) Niños videntes parciales serían aquellos cuya limitación visual dificulta su eficiencia y rendimiento en el proceso enseñanza aprendizaje, en tal forma que requieren de servicios especiales si se desea que alcancen los mismos rendimientos que los estudiantes videntes normales de igual capacidad. Estos niños utilizan su vista aunque limitada como el canal de aprendizaje y emplean los impresos comunes como su medio básico de lectura.

c) Reconociendo que algunos niños de visión limitada no pueden ser clasificados adecuadamente ni como ciegos ni como videntes parciales, se daría un tercer grupo que incluirían a aquellos niños videntes parciales capaces de valerse de su vista como un canal importante de aprendizaje, pudiendo algunos de ellos leer en Braille o en impresos comunes. Haremos referencia al estudio llevado a cabo por la American Printing House for the Blind, E.E.U.U., con más de 14.000 niños ciegos legales matriculados en las escuelas en 1960 el cual arrojó los siguientes resultados: 24% ciegos totales, 16% más que la luz. Estos porcentajes han revelado que es probable que haya dentro de este grupo alrededor de 10.000 niños ciegos con visión suficiente para ser considerados lectores potenciales de impresos corrientes o leer en ambos sistemas.

A este respecto, un connotado especialista norteamericano hace la siguiente recomendación: "Toda persona que tenga una visión de 1/200, o menos, tiene que aprender a leer en Braille, pero aquella persona cuya visión residual exceda de 2/200 debe ser alentada en la forma más convincente posible para que lea en letra impresa corriente".

En cuanto a la edad en que sobrevino la ceguera sólo hay dos grandes grupos: a) ciegos de nacimiento o que perdieron la vista a los 4 o 5 años y que no tienen recordaciones visuales y, b) ciegos "adventicios" que perdieron la visión después de esa edad.

En lo que concierne a causas de ceguera, aun cuando el tema en sí no es de nuestra competencia estimamos oportuno dar algunas informaciones: el Dr. Best, en su obra

"Blind and blindness in the United States", afirma que más de un 70% de los casos de ceguera en su país pudieron ser evitados. El oftalmólogo ciego, Dr. Miguel Menda Nicolich, en su estadística particular, que llevó de todos los casos que atendió durante más de 11 años, y que pasaron de 30.000, más de un 50% fueron prevenibles.

En un trabajo ordenado por la Unesco sobre la ceguera y los ciegos en el mundo, se establece que hay 320 ciegos por cada 100.000 habitantes. Ahora bien, en un estudio posterior realizado por algunos especialistas se llegó a la conclusión de que en Africa, en el Sur de Asia y en América Latina, esta cifra se alza a 450. Esta diferencia apreciable se debe, según este mismo estudio, a alimentación insuficiente o inadecuada, a ignorancia y, muy principalmente, a falta de dinero necesario para proporcionar atención médica debida y oportuna al enfermo de los ojos.

El célebre tiflólogo norteamericano Edward Ellis Allen decía en una conferencia que dictara en la Universidad de Columbia: "La primera y más eficaz campaña contra la ceguera es prevenirla", y el oculista ciego Menda Nicolich, ya citado: "El primer derecho del niño ciego es no haberlo sido".

Se ha expresado que el proceso educacional aspira a organizar un sistema formativo tal que logrando la superación de la desventaja, permita al ciego adaptarse a su medio natural, social y laboral con plena capacidad para la convivencia. Ello supone primero, programar líneas de tratamiento educativo, en conformidad a las exigencias del avance pedagógico y a los recursos humanos y materiales disponibles y, luego, estudiar los antecedentes de cada alumno que ingresa para elaborar un diagnóstico de modo que sus conclusiones permitan diagnosticar que el aspirante a alumno cuenta con los requisitos deseables a la línea educacional programada. Basado en la escala de Raymond Rowe "Determinación de Capacidades de Disminuidos Visuales", la Escuela ha confeccionado una pequeña pauta que puede ser utilizada por los profesionales de la Escuela.

V. PAUTA DE DIAGNÓSTICO

I. Elementos de diagnósticos psicológicos.

- Entrevista con el niño.
- Entrevista con los padres.
- Pruebas psicométricas.

II. Grado de visión (a cargo del oftalmólogo)

III. Actividades de la vida diaria:

- Entrevista con los padres o familiares.
- Observación directa con el sujeto.

IV. Movilidad y orientación:

- Orientación direccional básica (arriba, abajo, derecha, izquierda, etc.)
- Desplazamiento en el espacio y apreciación objetiva de éste.

V. Nivel educacional:

- a) Postulantes sin escolaridad.
 - Vocabulario social y experiencia.
 - Exploración del medio ambiente físico que lo rodea.
- b) Postulantes con escolaridad.
 - Vocabulario social y experiencia.
 - Exploración del medio ambiente físico que lo rodea.
 - Verificación de conocimientos (de acuerdo al certificado de estudios presentado).

En todo este proceso de diagnóstico se ha tenido muy presente si el postulante es ciego de nacimiento o quedó ciego después de los 5 años.

Adquirido un conocimiento más o menos aproximado del desarrollo físico y mental y aun emocional, así como también de la amplitud que ha alcanzado el campo perceptual del niño, se lo destina al curso que corresponda, cuyo profesor jefe es convenientemente informado en detalle sobre los aspectos en que deberá poner mayor énfasis en el proceso enseñanza-aprendizaje que va a iniciar.

VI. EXPERIENCIAS DESTACADAS REALIZADAS POR LA ESCUELA

1. Una de las experiencias más importantes llevadas a cabo por el profesorado de nuestra escuela, fue para comprobar si era posible aplicar en ella los mismos planes y programas oficiales de estudios vigentes para las escuelas comunes. Empleando, como es lógico, los métodos y las técnicas especiales adecuados a la deficiencia visual de los educandos se obtuvieron resultados altamente satisfactorios y a partir de entonces se aplican en el establecimiento esos programas y planes de estudio, aumentando como es lógico algunas horas en ciertas asignaturas. No demanda igual tiempo ni esfuerzo ubicar el Mar Caspio o el Monte Blanco en un mapa a un niño ciego que tiene que utilizar ambas manos palpando puntos, trozos y signos Braille en relieve, que el niño que tiene un mapa de vivos colores frente a sus ojos.

Cuando se hizo esta experiencia todavía no aparecía el método llamado "itinerant teaching", que es el método que propicia la integración del estudiante ciego a la escuela común con igual responsabilidades y derechos que sus compañeros videntes. Esta integración no sería factible si los programas en sus contenidos no pudieran ser asimilados por un ciego. El itinerant teaching exige un itinerant teacher y una resource room.

2. Otra experiencia fue la de admitir en el Kindergarten a niños videntes a fin de comprobar si su convivencia con niños ciegos de igual edad era posible, conveniente y provechosa.

De antemano se sabía que el infante ciego no tiene todavía conciencia de su anormalidad física, tal vez la considera lo más natural, las profesoras que tuvieron a cargo esta experiencia informaron que los resultados no sólo eran satisfactorios sino muy halagadores. Los casos de rechazo o aislamiento fueron muy escasos y perfectamente rectificables. Ultimamente y debido a la gran demanda de matrícula para párvulos ciegos, hubo que reducir la proporción de párvulos videntes lo que es de lamentar.

3. En la enseñanza de la lectura Braille al niño ciego se ha estimado siempre que para ello basta y sobra utilizar un silabario corriente transcrito al sistema, incluso a veces se dibujaron en puntos y trozos en relieve los grabados que había en dichos textos.

Después de estudiar el problema desde distintos ángulos se nombró una comisión de profesores para que confeccionara un silabario Braille ateniéndose a los siguientes principios:

a) Método fonético; b) sílaba directa, siempre que ello fuere posible; c) facilidad de reconocimiento de la letra braille al tacto (como es natural hay letras más fáciles de identificar que otras: la a, la o, la e, etc.) y d) frecuencia de la letra (hubo dificultad para encontrar adecuación de este principio con el anterior).

Igual que la experiencia anterior los profesores que la realizaron evacuaron informes satisfactorios sobre los re-

sultados alcanzados con este silabario. Esta experiencia ha trascendido las fronteras y de algunos países hermanos han pedido amplios informes sobre este particular lo que se ha realizado oportunamente.

4. Se ha experimentado también con el método cuisenaire y los profesores encargados de esta experiencia han dado informes enteramente favorables. Esto puede parecer extraño, pues por el nombre que el autor dio a su método se deduce que el color tiene una importancia (la méthode des nombres en couleurs).

5. Una de las últimas experiencias llevadas a cabo ha sido la formación de un curso para niños amblíopes. Este término es de significación muy amplia y por lo tanto un poco vaga si nos atenemos a su etimología "ojos débiles o deficientes". Tampoco hay una definición educacional de lo que es un amblíope.

La maestra, o quien se encomendó esta difícil tarea tuvo que confeccionar todo el material didáctico que utilizaría en este trabajo, el cual tiene que estar adecuado a la visión que el alumno amblíope posee.

Es una enseñanza estrictamente individual, niño por niño. Además, previo el dictamen favorable del oftalmólogo se hace que el niño utilice al máximo la visión residual que tiene en todas sus actividades tanto dentro como fuera de la escuela, igual que en las experiencias anteriores esta tuvo resultados sobresalientes; los niños no sólo aprendieron a leer y escribir en negro sino además a valerse al máximo del remanente de visión que tenían, lo que les es sumamente provechoso y agradable desde todo punto de vista. Antes de terminar copiamos lo siguiente que extractamos de una revista tifológica norteamericana "Hace poco más de una década, era creencia muy difundida que los niños con visión limitada perjudicarían sus ojos si los empleaban con toda intensidad en su trabajo escolar. Esto a cambiado, la educación de los niños con visión deficiente entró en una nueva era cuando se reconoció por los especialistas que el empleo de la visión residual en el trabajo escolar raras veces resultaba dañosa al estudiante aún en aquellos casos en que esas deficiencias visuales eran bastante serias.

6. Integración para proseguir estudios de nivel medio. Habiéndose obtenido resultados muy satisfactorios con las experiencias realizadas en este sentido, nuestros alumnos del antiguo 3er. Año de Humanidades y los del actual 8º año básico han podido matricularse en liceos y otros establecimientos de nivel medio y han finalizado sus estudios a entera satisfacción de sus maestros. Esta integración es sumamente provechosa también por el esfuerzo y afianzamiento de los rasgos positivos de la personalidad y los contactos por una buena adaptación social.

7. Obtención de un manejo eficiente de algunas herramientas y maquinarias al iniciar esta nueva experiencia, se tomaron en cuenta varios factores: edad del niño, desarrollo físico general concordante con ella, C. I., desarrollo muscular principalmente de los brazos, fuerza y capacidad prensil de las manos, especialmente la mano derecha, destreza para medir y apreciar pequeñas longitudes y otros elementos de diversa índole.

Este trabajo a tenido que ser gradual y paulatino en el manejo del serrucho, por ejemplo, se pone una mano del aprendiz previa una explicación objetiva y bien práctica de las distintas partes de la herramienta y función que le corresponde a cada uno en su utilización, ancha de la hoja que varía del mango a la extremidad opuesta, dientes, mango y su estructura tan característica.

Una vez que se ha comprobado que el rendimiento exigido en esta etapa del aprendizaje, mediante pruebas bien prácticas es satisfactorio, se emplea un serrucho un poco

más grande y así sucesivamente hasta llegar a la sierra circular eléctrica. De más está advertir que tan pronto como el niño pueda cortar bien con esta herramienta se lo hace preparar piezas apartes de algún objeto o utensilio que debe confeccionar él mismo.

Trayectoria parecida tiene el aprendizaje del manejo de otras herramientas, yendo siempre de lo fácil a lo difícil, de lo menor a lo mayor. Los resultados de esta experiencia han sido satisfactorios y se espera que estos alumnos una vez adquiridas la eficiencia y la destreza en el manejo de las herramientas y en posesión de los conocimientos exigidos podrán ingresar a INACAP para seguir algunos de los cursos que allí se enseñan.

Llevó a cabo esta importante experiencia el profesor de Educación Técnico Manual del establecimiento.

8. Medición y operación de distancias (especiales), localización de sonido y apreciación de su intensidad.

En la enseñanza del niño ciego la Educación Física tiene una importancia fundamental. Hay tantas razones que por esto sería inoficioso mencionarlas en parte siquiera.

El niño ciego no puede jugar igual que los niños videntes apesar de experimentar los mismos vehementes deseos de hacerlo, quiere correr, saltar, brincar, pelearse, etc., pero no puede dar cumplimiento a estos deseos tan naturales, hay que enseñarle y ayudarlo con cariño, sin lástima.

El profesor de Educación Física ha llevado a cabo valiosas experiencias para superar estos inconvenientes.

Para medir distancias o para la apreciación espacial se ha utilizado una cuerda, generalmente de un metro de longitud dividida en dos o cuatro partes iguales, se han llevado a cabo ejercicios constantes partiendo de distancias pequeñas a distancias mayores y se ha podido comprobar que mediante los ejercicios permanentes el niño adquiere la capacidad de calcular las distancias con una aproximación sorprendente.

Para la localización de los sonidos, que siempre hay bastantes circundantes, de diversos tipos, se pide al niño ubicarlos y bastante diversificados y los resultados de estas experiencias han podido palpase con el mejoramiento de la orientación, movilidad y desplazamiento de los alumnos.

Se ha experimentado también y con muy buenos resultados como un medio para ejercitar a los niños, en la lo-

calización de los sonidos, un juego al que se ha dado el nombre de juego de reloj.

En el suelo del patio, se traza una circunferencia de unos cuatro metros de diámetro y sobre ella se marcan los puntos correspondientes a cada hora. El alumno se ubica en el centro del círculo, vuelto hacia las 12 horas; entonces el profesor, que a su vez se ha ubicado en el punto de una hora cualquiera, da dos golpes con las manos y pide al niño que diga en qué hora está.

De acuerdo con los resultados que vaya consiguiendo, el maestro irá ampliando el diámetro de la circunferencia, lo que distanciará más la ubicación de los sonidos. El profesor debe evitar que el niño oiga sus pasos cuando se traslada de una hora a otra y debe también vendar los ojos si el alumno que interviene es ambliópe.

Se ha podido comprobar a través de esta experiencia que un niño con visión normal, en igualdad de condiciones con un ciego, no es aventajado por éste cuando ambos van sometidos a esta prueba.

Para producir los sonidos se emplean distintos objetos: 1 campanilla, pitos de diversos tonos, dos piedrecitas, trozos de madera, etc., lo que dará variedad al juego y mantendrá el entusiasmo e interés de los niños que en él toman parte. A este respecto podemos anotar aquí que todo cuanto se haga para que un ciego aprenda a locomoverse en debida forma siempre habrá de ser poco.

Es necesario hacer hincapié en que las aptitudes musicales entre los ciegos se dan en la misma proporción que entre los que ven; los ciegos no están dotados, por el hecho mismo de serlo, con talentos musicales sobresalientes. Para diagnosticar sobre las aptitudes musicales de los alumnos que desean estudiar piano, violín, acordeón, etc., se ha utilizado el test de Seashore.

Hay que advertir que la profesora de música ha debido idear y confeccionar el material que se requiere para la aplicación de este test.

En la Musicografía Braille se ha experimentado también escribir a continuación de un compás de la mano derecha al compás correspondiente de la mano izquierda.

Los resultados de estas experiencias han sido bastante promisorios y se han economizado esfuerzos de parte del estudiante.

MENORES EN SITUACION IRREGULAR SOCIO CONDUCTUAL Y EN SITUACION SOCIAL IRREGULAR

Participantes: Escuela Especial Casa de Menores de Mujeres y Casa de Menores de Hombres, Escuela Experimental Anexa al Politécnico de San Bernardo y Escuela de Educación Especial N° 26. Coordinadora: Marta Catalán.

Introducción

La realización de estas primeras Jornadas de Educación Especial es la oportunidad feliz de aunar criterios estimativos frente a los problemas involucrados en las irregularidades y concretar acciones frente a esta constelación.

La Comisión que en esta oportunidad se abocó al estudio del área de los Irregulares Sociales, conscientes de esta responsabilidad, entrega su aporte con el convencimiento de que roza la corteza de un problema gigantesco, de límites imprecisos y que comprende campos de acción y enfoque global y diferenciado en el plano de las irregularidades en que intervienen variados especialistas.

La atención del irregular social y su rehabilitación es un proceso simultáneo de educación y asistencialidad. Se trata de ayudar a un sujeto en formación para que desarrolle armónica y plenamente su personalidad; se adapte al medio de manera que se constituya en un sujeto efectivo, integrado a sí y productor.

Cuando nos enfrentamos al término: "Menores en situación social irregular" tratamos inmediatamente de aprehender el concepto en su extensión y buscar la imagen tipo de este sujeto. Por lo general, no logramos ni lo uno ni lo otro.

Comúnmente se asocia a este sujeto con el niño vago, con el que deambula por las calles de la ciudad, con el que mora bajo los puentes del Mapocho, con el que roba y escapa.

Cuando la opinión pública presiona para que se elimine de la vía pública este baldón, determina generalmente un incremento en los esfuerzos para internar a este menor en instituciones ad hoc, con lo cual se redescubre o actualiza el hecho de que los recursos son siempre limitados. Sin embargo, se olvida que el irregular se encuentra también en su casa, en lo que queda de ésta, o en lo que remeda un hogar, o en el que frecuenta las escuelas. El "niño problema", el que deserta de las aulas escolares, el que presenta dificultades para aprender es también un irregular y puede llegar a una sorpresiva y franca desadaptación social.

La proliferación de instituciones de asistencia con internados constituyen, a nuestro juicio, el último recurso y procede a agotar antes las acciones "in vivo", con el individuo en su medio, y con criterio preventivo. Conviene, asimismo, enfatizar el diagnóstico precoz y la investigación amplia para conocer la extensión y las características reales del problema en todo Chile.

Estas Jornadas son un aporte en tal sentido y el maestro no puede estar ajeno a ellas; su participación es decisiva en este campo.

MENORES EN SITUACION IRREGULAR

1. DEFINICION DE CONCEPTOS

1.1. MENORES EN SITUACION IRREGULAR

El S. N. S. define al Menor en situación irregular, diciendo que es "todo aquel que por causas personales o ambientales, de naturaleza física o psíquica, social o mixta, se encuentra en forma persistente y progresiva en necesidad de protección o en dificultad de adaptación que no puede ser remediada por los medios naturales, sino a través de un proceso asistencial o de rehabilitación especial, dispensada por el Estado y la Comunidad".

1.2. MENORES EN SITUACION IRREGULAR CONDUCTUAL. Es aquel que sufre una alteración, deficiencia, ya sea de orden exógeno o endógeno que dificulta el proceso de adaptación e integración al medio social.

La ex Comisión Coordinadora Interministerial de Protección al menor en situación irregular ha exigido las siguientes condiciones para considerar que un menor se encuentre en situación social irregular:

- a) que la persona sea menor de 21 años;
- b) que su estado obedezca a causas personales, ambientales o mixtas;
- c) que ese estado importe conflicto en su adaptación social o conducta anti-social;
- d) que esta situación irregular sea persistente y proclive a grave;
- e) que existe imposibilidad de corregirla por los medios naturales, y
- f) que, como consecuencia de lo anterior, el Estado y la colectividad intervengan en la protección, a través de medidas legislativas, o por la acción de organismos públicos o privados.

2. CARACTERISTICAS

2.1. CARACTERISTICAS GENERALES

La atención del menor irregular es esencialmente un problema pedagógico, en tanto las circunstancias del medio que provocan la irregularidad son robustecidas por falta de una adecuada conducción psicopedagógica que, naturalmente, agravan el impedimento.

Cuando el menor se encuentra en situación irregular por causas específicas del medio, la responsabilidad no es de él, sino de los adultos (padres, apoderados, maestros) y éste es sólo una víctima propicia de circunstancias que casi siempre ni siquiera comprende.

Las conductas irregulares son expresión de una persona-

lidad anormal, es decir, de una personalidad que adolece de fallas de integración; dicho de otro modo, una persona es normal cuando se adapta sin mayores dificultades a las exigencias del medio natural y social, cuando se incorpora con facilidad a las diferentes situaciones de la vida (familiar, educacional, económica, social). En cambio, es anormal, si presenta problemas serios y permanentes en la convivencia con los demás, tiene dificultades notorias para acomodarse a las normas, costumbres y formas de vida social. Las causas o factores principales que determinan la conducta irregular son de orden endógeno (internas), o exógenas (externas).

(Curso breve sobre aspectos de la conducta irregular, 1960. Relatores: María Belmar y Julio Faúndez).

2.2. CARACTERISTICAS SOCIALES

En su mayoría, los menores proceden de un medio urbano, de sectores marginales y de hogares cuyas características socio-económicas son deficientes. Así lo demuestra una investigación efectuada por el Servicio Social del Politécnico de Menores, en 1965, y que indica que más del 80% pertenece a esta extracción, procediendo, aproximadamente, el 50% de Santiago.

Las Casas de Menores de Hombres y de Mujeres muestran panoramas coincidentes. En la mencionada investigación se observa que alrededor del 60% son hijos ilegítimos y la gran mayoría procede de hogares desorganizados. Los menores asistidos por Resolución Judicial ingresan por las causales más frecuentes, entre las cuales se encuentran: robo, hurto, vagancia, mala conducta, etc. Los niños ingresados sin orden judicial presentan causas tales como: orfandad total, paterna o materna, abandono total o parcial, problema económico, etc.

Las edades con que ingresan a las diversas instituciones comprenden desde el nacimiento hasta los dieciocho (18) años. En los establecimientos para la rehabilitación suele haber un promedio de edad de ingreso de catorce (14) años, aproximadamente.

2.3. CARACTERISTICAS ESCOLARES

Presentan, la gran mayoría, irregularidad escolar que se traduce en analfabetismo, retraso pedagógico acentuado (sólo un 16,4% en Casa de Menores Hombres no presentaba retraso pedagógico), en el Politécnico de Menores de San Bernardo, el promedio, en 1965, fue de cuatro (4) años de retraso pedagógico; dificultades de aprendizaje que determinan desadaptación o difícil ajuste al medio escolar.

2.4. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS

El nivel intelectual promedio se encuentra bajo lo normal y corresponde al nivel normal-torpe de las escalas de Medición de inteligencia más en uso: Weschler, Termann, Binet.

En investigaciones realizadas en el Politécnico de Menores, en los años 1962, 1966 y 1969, se encontraron los C. I. Promedios de: 82,5; 82,7; 87,3. En la Casa de Menores Hombres sólo el 44,6% de los alumnos tenían nivel normal y superior de inteligencia, vale decir, más de la mitad de la población sufre déficit intelectual.

Desde el punto de vista de su organización grupal, en una investigación socio-métrica, encontramos que no constituyen gang o pandilla dentro de una institución semi-abierta como es el Politécnico, carecen de líderes puros y só-

lo cuentan con estrellas de mayor status sociométricamente considerados.

Es frecuente en estos menores la presencia de pseudorretrasados por interferencia de alteraciones emocionales en su productividad intelectual, subculturización, etc. Sin embargo, apreciables cantidades son deficitarios auténticos.

Se encuentra en ellos una amplia gama de alteraciones psicopatológicas como: desajustes emocionales, neurosis, psicosis, personalidades pre-psicopáticas, compromiso orgánico cerebral, etc.

Además se observa con frecuencia un autoconcepto desvalorizado e incluso en franca depresión; conflicto con la imagen de la autoridad; carencia afectiva manifestada en voracidad o rechazo abierto; problemas de índole sexual, aparejadas con prácticas homosexuales; control deficiente de los impulsos y emociones, especialmente en los menores con lesiones cerebrales (67% de una muestra del Politécnico), y en el débil mental, como característica crucial. Su baja tolerancia los lleva a las frustraciones, a conductas agresivas, en especial si se considera que tienen necesidad de soporte, estímulos y pertenencias que un niño normal (en mayor medida).

La fuga, como expresión de crisis, es un importantísimo problema que enfrentan las instituciones que les atienden y se debe, por lo general, a desadaptación inicial al establecimiento, falta de conciencia de la alteración como equivalente epiléptico o expresión de la impulsividad del lesionado cerebral, débil mental y neurótico, favorecidas todas estas causas por la presión del medio.

3. CLASIFICACION. (De Di Tullio)

I. OCASIONALES:

- Ocasionales propiamente tales.
- Abandonados morales.
- Perversos.
- Pseudo-anormales fisio-psíquicos.
- Constitucionales simples.
- Hipoevolutivos.
- Constitucionales con orientación.
- Neuropsicopáticos.
- Psicopáticos.
- Mixtos.

II. CONSTITUCIONALES:

- Anormales.
- Psíquicos.
- Psicopáticos.
- Débiles intelectuales.
- Inestables.
- Emotivos.
- Irritables e impulsivos.
- Neuro-psicopáticos.
- Enfermos mentales.

I. OCASIONALES: Por causas de orden ambiental, son los menores que, por causas prevalentemente ambientales, son llevados a desarrollar actividades antisociales y delictuosas (según la intensidad y persistencia con que se manifiesta la influencia del medio ambiente).

a) Ocasionales propiamente tales:

—Se distinguen porque presentan perturbaciones de la afectividad, dispersiones pasionales e irregularidades de la conducta, generadas principalmente durante la época de la pubertad, por defectos de vigilancia o de educación.

b) Abandonados morales:

—La influencia del ambiente en este caso, es más profunda y persistente que en el caso anterior y de orden especialmente moral, provoca un predominio más o menos intenso de los instintos primitivos en desmedro de los instintos superiores.

c) Pervertidos:

—Denominanse perversos a aquellos menores con instintividad egoísta excesivamente desarrollada, debido al debilitamiento de la instintividad altruista y de la elaboración psíquica superior, circunstancia que los lleva a la vagancia, la indisciplina, la rebelión, el fraude y la violencia.

Se diferencian de los abandonados morales porque falta en ellos todo sentimiento de cariño, de benevolencia, de bondad, de respeto al prójimo, de disciplina y de obediencia.

Esta diferencia se confirma en su comportamiento frente a las tentativas dirigidas a su reeducación. Mientras el abandonado moral es todavía capaz de alternar períodos de mala conducta con otros de buena conducta y de adaptarse en forma más o menos fácil a las exigencias de la vida social, el menor perverso presenta una mala conducta más persistente que hace, en general, menos posible su reeducación, dado que las tendencias del perverso se han transformado en gran parte en hábitos.

Estos caracteres lo asemejan al menor con predisposición constitucional, pero no debe confundirse, ya que las tendencias del perverso son adquiridas, es decir, son la consecuencia de un proceso destructivo que ha actuado sobre las facultades psíquicas ya normalmente desarrolladas.

d) Pseudo-anormales:

—Son pseudo-anormales los menores cuya personalidad aparece consumida por un relajamiento de las condiciones físicas y psíquicas del organismo. En este caso el fenómeno del extravío afecta toda la personalidad y no sólo el campo psíquico.

(Ver págs. 76-85, "Menores en situación irregular", Julio Peña y Núñez. Edit. Jurídica de Chile).

4. OBJETIVOS DE LAS ESCUELAS QUE EFECTUARON ESTA PONENCIA

Consecuentes con los conceptos de Educación Especial (toda educación que dispone de los medios necesarios para satisfacer las necesidades culturales de las personas que física, psíquica o socialmente sean deficientes) y de Rehabilitación (proceso de asistencia integral mediante el cual el individuo físico, psíquico o socialmente deficiente, alcanza su bienestar individual y social), las Escuelas de Educación Especial que tienen por finalidad la rehabilitación del niño en situación irregular socio-económica y conductual, han determinado los siguientes objetivos generales:

ESCUELA ESPECIAL "CASA DE MENORES HOMBRES"

"Satisfacer los requerimientos educativos, biológicos, sociales, éticos y económicos de los alumnos, a fin de conducirlos a un ajuste social que les permita un estado normal de convivencia en la comunidad".

ESCUELA EXPERIMENTAL ANEXA AL POLITECNICO DE SAN BERNARDO

"Impartir educación correspondiente a los Planes y Programas de Estudios de la Educación Básica Chilena".

Aplicar los tratamientos psicopedagógicos prescritos por los Consejos de Observación.

Continuar el estudio y la observación de la personalidad del niño irregular, cuyo diagnóstico ha de ser confirmado o rectificado.

Poner en práctica, ensayar o experimentar nuevas normas científicas para el tratamiento psicopedagógico de los alumnos irregulares socioconductuales.

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL N° 26, SANTIAGO:

Detectar problemas de Deficiencia Mental y proporcionar tratamiento educativo-asistencial diferenciado de iniciación precoz a la población escolar educable (C. I. 50-79), procedente de los Centros Abiertos del Consejo de Defensa del Niño.

Propender a que la atención especializada estimule positivamente hacia el desarrollo integral del educando, acorde con sus capacidades, en aquellos rubros que se estimen como fundamentales de la habilitación de los D. M.

Observar y explorar al niño, con fines de orientación vocacional para su continuación y preparación laboral en otras instituciones especializadas.

Obtener conclusiones válidas que sirvan de orientación a otras Escuelas sobre Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento.

ESCUELA ESPECIAL "CASA DE MENORES MUJERES"

—Recuperación de las alumnas a la Sociedad, acentuando el aspecto moral y la formación de hábitos higiénicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Ministerio de Educación Pública Chile.
- 2.—Revista de Educación (nueva época) Nos. 1—2—3—4—5—6—7—8—9.
- 3.—Dir. Ed. Primaria y Normal: Dr. Juan Garafalic. "El niño difícil". Sección Pedagógica. 1944.
- 4.—Departamento Pedagógico: Circular No 31 Mayo — 1958. Guías Nos. 4 — Julio 1961. Nos. 5 Agosto — 1961. M. Belmar T. y J. Sandoval Carrasco, "Temas de Pedagogía Terapéutica" "Escuelas de Educación Especial". Archivos con documentación técnicoadm. "Escuela Consolidada Especial de Experimentación J. A. Ríos". Archivos desde 1944 hasta ahora.
- 5.—Consejo de establecimientos afines para irregulares: "Jornadas de Investigación y Experimentación Educativas". 12—10—50. Tesis: Problemas del Individuo en situación irregular".
- 6.—Primer Seminario Ley No 4447. Valparaíso - Octubre - 1958: Tesis: "Hacia la formación del Profesor Terapeuta". J. Sandoval C. Tesis: "La conducción psico-pedagógica, como una forma de tratamiento del irregular social en la Esc. Esp. "J. A. Ríos". Marta Catalán V. Tesis: "Estudio de: 47 casos" en Ed Técnico-Manual Esc Esp. "J. A. Ríos". Hernán Bustamante V.
- 7.—A. P. E. X. "Avanzada". Nos. 6-7-8, etc.
- 8.—Revista Sindical y Pedag. "Educadores del mundo". 1957 - No 8.
- 9.—S. N. S. "Introducción a la Higiene Mental" Dr. Luis C. Muñoz, 1962.
- 10.—Consejo de Defensa del Niño. Memorias anuales.
- 11.—Editorial Lord Cochrane: "Rev. El niño limitado". Años: 1969-70.
- 12.—Editorial Jurídica de Chile: "Menores en situación irregular". Julio Peña Núñez.
- 13.—Editorial Universitaria: "Diez años de sociología chilena". Dr. Pedro Zuleta Guerrero. 1961.
- 14.—Documentos legales: "Leyes No 4447. 23-10-1928. Ley de Inst. Primaria O. 26-8-1920. D. F. L. No 201412 Año: 1942. Ley No 10338 Año: 1952. Ley No 16520 Año: 1967.
- 15.—México. Revista "El niño anormal". Nos. 11—16—17—18 al 23; 42—53 y 54. Arts. Profs. M. Belmar T. y J. Sandoval C.
- 16.—Memoria de tesis para optar al título Psicología. "Investigación socio métrica en menores en situación irregular". Año: 1966. Hernán Saavedra.
- 17.—Tesis de grado título A. S. Esc. S. S. U. Católica. "Análisis descriptivo de algunos aspectos de la rehabilitación de menores, etc. Paulina Avenaño P. y col. Año: 1969.

NUEVOS TEXTOS ESCOLARES DE MATEMATICAS PARA LA EDUCACION GENERAL BASICA PUBLICADOS POR LA EDITORIAL UNIVERSITARIA

Esta serie de textos escolares modernos para la Educación General Básica, se propone conseguir en conformidad con las exigencias programáticas de la Reforma Educativa, que los niños desarrollen un pensamiento matemático, que les permita relacionar, analizar, operar, definir, seguir procesos lógicos, formular problemas y comprobar sus tesis.

Con miras a este propósito, los autores han tenido especialmente en cuenta no sólo las más modernas concepciones de la psicología infantil, sino, así mismo, las características peculiares de nuestro ambiente social y cultural. Se trata de que los niños adquieran un sistema de ideas

matemáticas, estructuradas de acuerdo a leyes lógicas, y expresables en un lenguaje simbólico que debe ser usado y comprendido por todos ellos. Cada texto está acompañado de su correspondiente Guía Metodológica, que contiene una amplia información sobre el contenido de las unidades, los problemas que puede plantear el profesor a los alumnos, las indicaciones para el mejor aprovechamiento de las láminas y las sugerencias metodológicas pertinentes.

Los autores de la serie Matemáticas se cuentan entre los más calificados profesores universitarios, secundarios y primarios de esta asignatura:



AMANDA VIDAURRE de F.
MARIA LARA de GRAF
AQUILES FERNANDEZ V.



PRIMER AÑO BASICO

MARIA LARA DE GRAF. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora de Metodología Especial de las Matemáticas en la Facultad de Filosofía y Educación de la Universidad de Chile. Con su colaboración y bajo su dirección pedagógica se han elaborado los textos de 1º a 6º Año.

AMANDA VIDAURRE. Profesora Experimental de Educación Primaria.

AQUILES FERNANDEZ. Profesor de Estado en Matemáticas y Física. Profesor de Matemáticas de la Escuela de Electrónicos de la Universidad de Chile.



MARIA LARA DE GRAF
WANDA CANALES
GABRIELA EISSMANN
ROSA CAPDEVILLE



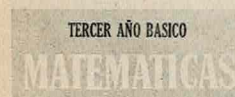
SEGUNDO AÑO BASICO

MARIA LARA DE GRAF

ROSA CAPDEVILLE. Profesora de Estado en Matemáticas y Física.

GRACIELA EISSMANN. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora de Matemáticas del Centro Universitario de Iquique de la Universidad de Chile.

WANDA CANALES. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora del Curso de Formación de Educación Básica.



MARIA LARA DE GRAF
ANA MARIA KRAUSE
MARTA QUEVEDO
DAGOBERTO GALLARDO



TERCER AÑO BASICO

MARIA LARA DE GRAF

ANA MARIA KRAUSE. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora de Matemáticas en el Instituto Hebreo Dr. Jaim Weitzman y en el Liceo Experimental Manuel de Salas.

MARTA QUEVEDO. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora de Matemáticas en el Colegio Santa Germa de Galgani.

DAGOBERTO GALLARDO. Profesor de Estado en Matemáticas y Física. Profesor de Matemáticas en el Saint George's College.



CUARTO AÑO BASICO

MARIA LARA DE GRAF

MONICA GODOY. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora de Matemáticas del Centro Universitario de Temuco de la Universidad de Chile.

GLORIA CERNA. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora de Matemáticas del Centro Universitario de Temuco de la Universidad de Chile.

JORGE VILLALON. Profesor de Estado en Matemáticas y Física. Profesor de Matemáticas en el Liceo N° 7 de Santiago.

OLGA TAPIA. Profesora de Estado en Matemáticas y Física.



QUINTO AÑO BASICO

MARIA LARA DE GRAF

ADRIANA CAMPOS. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora de Matemáticas en el Liceo de Niñas N° 10. Consejera Educacional y Vocacional.



SEXTO AÑO BASICO

MARIA LARA DE GRAF

JULIO VILLALOBOS. Profesor de Estado en Matemáticas y Física. Profesor de Metodología de la Enseñanza de las Matemáticas en el Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile.

BELGICA PARRA. Profesora de Estado en Matemáticas y Física. Profesora de Metodología de la Enseñanza de las Matemáticas en el Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile.



SEPTIMO AÑO BASICO

JULIO VILLALOBOS.

BELGICA PARRA.



OCTAVO AÑO BASICO

JULIO VILLALOBOS.

BELGICA PARRA.

La serie Matemáticas comprende los ocho grados de la Educación General Básica, y cada uno de los textos corresponde a las unidades programáticas establecidas por la Reforma Educacional. Su presentación ha sido objeto, además, de especial cuidado, desde la elección de la tipografía hasta la creación de las láminas, gráficos e ilus-

traciones. Estamos seguros de que esta serie de Textos Escolares Modernos satisface ampliamente las exigencias del programa de Matemáticas para la Educación General Básica, como lo ha demostrado la excelente acogida obtenida entre los profesores y alumnos del país.

TRASTORNOS DE LA ARTICULACION

la voz y sus trastornos

por VICTORIA CHINCHON y EDITH SCHWALM
Coordinadora: Mireya Puig

PATOLOGIA VOCAL

Las perturbaciones de la voz se llaman disfonías. Pueden ser de origen funcional u orgánico.

Las disfonías funcionales originadas por mal uso o abuso del aparato vocal son frecuentes en los profesionales de la voz.

Como sintomatología subjetiva el paciente acusa carraspea, sensación de flema o cuerpo extraño, insuficiencia en el rendimiento vocal, cansancio al hablar, dolor de los músculos del cuello, ardor dentro de la laringe, etc.

Cuando hay causas orgánicas o cuando las funcionales duran mucho tiempo se hacen evidentes alteraciones en las cuerdas.

Entre las causas orgánicas pueden encontrarse: amigdalitis crónica, faringitis a repetición, gripes repetidas, insuficiencias hormonales, insuficiencias hepáticas, etc. Afecciones de origen traumático, como heridas cortantes en las cuerdas, quemaduras, fracturas de cartílagos, extirpación de laringe por cáncer. (Voz esofágica).

Los diagnósticos más comunes son:

- fonostenia
- laringopatía aguda o crónica
- laringopatía nodular
- pólipos de cuerdas vocales
- laringopatía
- parálisis de cuerdas, afonía histérica
- disfonía psicógena
- laringectomía parcial o total.

Papel de la efectividad en la fonación

Para los efectos de una terapia es importante recordar el papel de la efectividad en la fonación.

El hombre puede ocultarse a través de sus palabras, pero jamás a través de su voz. Las inflexiones de la tonalidad de la palabra habitual, el sello afectivo de la voz y las repercusiones vocales de hechos emotivos están indicando la intervención de la afectividad en la fonación.

La alegría eleva el tono de las cuerdas vocales y modifica el timbre de la voz.

A la inversa la tristeza produce una voz blanca y destimbrada. Es un hecho que la tristeza y la alegría tienen su timbre vocal propio.

No podemos desconocer el papel facilitador de las emociones agradables y el inhibidor de las emociones desagradables.

Los problemas de la voz en los maestros y en los niños en edad escolar

Los trastornos vocales de los maestros tienen derivación práctica de importancia.

Se sabe que son causas frecuentes del ausentismo de los maestros y que significan por lo tanto un desajuste en el normal desarrollo de las actividades escolares.

La responsabilidad del profesor frente a su trabajo lo hace actuar con irresponsabilidad frente a su propia salud. Factores emocionales, de responsabilidad, incapacidad del maestro de adaptar su voz a la sonoridad de la sala, la preocupación por hacerse oír por todos los alumnos en cursos numerosos, condiciones ambientales deficientes del edificio escolar, lo llevan a esfuerzos vocales, generalmente con desplazamiento a tonos agudos y aumento de volumen.

Este esfuerzo mantenido por algunos meses lo lleva a desarrollar la típica disfonía profesional. Al comienzo faltan síntomas objetivos para justificar el trastorno; pero aparecen más tarde las alteraciones orgánicas que son la consecuencia del mal uso del aparato vocal.

Con mucha frecuencia se agregan a este esfuerzo estados angustiosos por la falta de voz útil para la profesión. Este factor tensional va aumentando con el correr del tiempo y hace más severo el cuadro disfónico.

Además es útil recordar que los alumnos por imitación y por estar constantemente expuestos a esquemas vocales incorrectos, son fácilmente propensos a disfonías posteriores.

Disfonías infantiles. Son un problema frecuente en la escuela primaria. Como dato ilustrativo puedo anotar que en la Escuela Especial de Educación N° 18 del Hospital San Francisco de Borja, de 3.200 niños examinados 224 acusaron problemas de voz.

Las causas son variadas. La experiencia nos dice que la mayoría de los niños disfónicos tienen un tipo respiratorio incorrecto.

La insuficiencia respiratoria produce voz débil lo que obliga al niño compensar esta debilidad con una mayor tensión de las cuerdas vocales y mayor trabajo de la musculatura extralaringea.

Este trabajo continuado de esfuerzo vocal en la sala de clases, en el recreo, en el canto, termina por lesionar las cuerdas vocales.

Si bien las disfonías infantiles presentan desde el punto de vista clínico las mismas características que las disfonías del adulto, la terapia reeducativa se obstaculiza por las dificultades naturales de los niños de autocontrolarse en su fonación.

El maestro debe aconsejar, en los casos de ronqueras infantiles la visita al especialista y la continuidad en el tratamiento prescrito. En los casos de mutación el maestro debe vigilar los excesos vocales del alumno a la vez que eximirlo de todas aquellas actividades escolares que signifiquen esfuerzo vocal.

TRATAMIENTO. El tratamiento de una disfonía necesita conocimientos técnicos especiales y, por lo tanto, debe estar en manos de especialistas. En primer lugar se hace necesario un diagnóstico médico preciso que puede determinar la necesidad de un tratamiento farmacológico, quirúrgico fisioterapéutico, psicológico, foniátrico o la combinación de algunos de ellos.

PROFILAXIS

Como medidas profilácticas se sugieren:

- examen de voz a postulantes a Escuelas normales.
- introducir en las materias de preparación de profesores nociones de higiene vocal y patología vocal elemental.
- incluir en los horarios de las Escuelas Normales momentos dedicados a impostación vocal.
- solicitar de los maestros de Educación Física la colaboración

en lo que se refiere a técnicas respiratorias.

—practicar examen ORL oportuno en casos de propensión a ronqueras.

—sensibilizar a las autoridades que controlan la educación y salud para la comprensión justa del problema de la voz en los maestros y su solución en un plano científico y humano.

Higiene vocal

- no fumar
- evitar cambios bruscos de temperatura
- no hacer esfuerzos vocales
- vida al aire libre
- evitar hablar mucho en ambientes helados o ruidosos.
- reposo vocal relativo en caso de resfrío
- consulta ORL en ronqueras a repetición.

las dislalias

por ELIANA PINTO, SILVIA SALINAS y SILVIA VERA

Coordinadora: Mireya Puig

INTRODUCCION

Es necesario que recordemos que la corriente de aire que sale por la glotis sufre diversas modificaciones en la faringe, las fosas nasales y la boca, debido a los contactos o estrechamientos que se producen en determinados puntos de su trayecto.

Estas modificaciones son características de cada fonema, dentro del sistema fonológico de una comunidad lingüística y reciben el nombre general de ARTICULACION. Pero antes de entrar en materia, hagamos una breve descripción de la cavidad bucal.

Diremos que se encuentra limitada: adelante por los labios y las arcadas dentarias; arriba por el paladar o bóveda palatina; abajo por el piso de la boca; a los lados por las mejillas y atrás por los pilares del paladar y la úvula o campanilla. Todos estos órganos cubiertos por una mucosa húmeda. La apertura, reducción o cierre de la cavidad bucal, se efectúa por el movimiento del maxilar inferior mientras que el superior está fijo en el cráneo.

Los labios son dos repliegues musculares que se unen a un lado y otro formando las comisuras labiales. Están revestidos en su parte interior por una mucosa roja y en la exterior por la piel. Su gran movilidad está determinada por una cantidad de músculos que le permiten asumir las formas más diversas.

Las arcadas dentarias están formadas por los arcos de los maxilares superior e inferior, las encías y los dientes. El paladar constituye el techo de la boca. El paladar duro u óseo está constituido por los maxilares hacia adelante y los palatinos hacia atrás y separa la boca de la cavidad nasal y los senos maxilares. Describe una curva de concavidad inferior más o menos marcada y la fibromucosa que lo reviste se continúa hacia atrás en el pala-

dar blando o velo del paladar. El velo del paladar se apoya como una cúpula sobre los dos pliegues de cada lado, que son los pilares anteriores y posteriores. Entre ellos se aloja la amígdala palatina. De la parte media del velo del paladar cuelga una prolongación cónica, blanda, llamada úvula.

El piso bucal está ocupado por la lengua, que es un órgano muy móvil formado por músculos de dirección diferente. Está fija por su base al suelo de la boca y con su cuerpo y punta móviles, puede ser proyectado hacia arriba, abajo, adelante y lateralmente. La lengua se une al piso de la boca por medio del pliegue mucoso que es lo suficientemente largo como para permitir la elevación de la punta de ella. Este pliegue se llama frenillo lingual.

II CLASIFICACION DE LOS FONEMAS

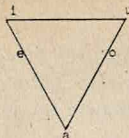
Cada sonido articulado recibe el nombre de fonema vocal o consonante y aun cuando su mecanismo de producción sea diferente.

Las vocales son fonemas sonoros y abiertos que se distinguen entre sí por su timbre característico.

El aire vibrante que sale por la glotis encuentra en la faringe, las fosas nasales y boca una caja de resonancia de dimensiones y formas variables para cada una de las vocales. Aun cuando los órganos de la articulación se acerquen y produzcan una estrechez mayor o menor en esta caja de resonancia, la cavidad bucal se mantiene abierta para que la corriente de aire pase sin obstáculo. Es el carácter de sonido abierto el que más distingue a las vocales de las consonantes. La vocal se caracteriza por la ausencia de obstáculo al paso del aire.

Cuando pronunciamos la vocal A, la lengua se mantiene en posición plana, casi en la posición normal de la respiración sin voz. Es la vocal más abierta. Si enseguida de A, pronunciamos E y después I, podremos notar que la parte anterior de la lengua, se eleva hacia la parte anterior del paladar. Se llaman anteriores o palatales. Si pronunciamos O y luego U, la lengua se retrae hacia el interior de la boca y su post dorso se acerca al velo del paladar. Se llaman por eso posteriores o velares. Esto constituye la base del llamado triángulo de Helweg cuyos vérti-

ces superiores muestran las zonas de articulación de I-U; el vértice inferior indica la posición de la A.



Se llama punto de articulación el lugar de la cavidad bucal donde los órganos articulatorios se tocan o se aproximan.

Intervienen en la articulación órganos fijos o pasivos (dientes, alvéolos, paladar) y órganos móviles o activos (maxilar inferior, labios, lengua, velo del paladar). Cuando la articulación se forma con dos órganos móviles, uno de ellos es activo y el otro pasivo. Por ejemplo, al pronunciar P B M el labio superior es principalmente pasivo y el inferior activo; en las fonemas K, G, el post dorso de la lengua se acerca como órgano activo al velo del paladar, que actúa como pasivo.

Según su punto de articulación las consonantes se clasifican del modo siguiente:

1. **Bilabiales:** Formadas por ambos labios, uno contra otro. Son P-B-M.

2. **Labiodentales:** Formadas por el labio inferior y los incisivos superiores F-V.

3. **Dentales:** Formadas por la punta de la lengua o ápice lingual aplicado a la cara interna de los incisivos superiores T-D.

4. **Alveolares:** Producidas por el ápice lingual apoyado en los alvéolos de los incisivos superiores N-L-R-R-S-C con sonido suave, (ce-ci).

5. **Palatales:** Producidas por el predorso lingual en contacto con el paladar duro, CH-LL-Y-Ñ.

6. **Velares:** Las forma el post dorso lingual en contacto con el velo del paladar. K-Q-C dura (ca co cu) G-J.

Para determinar y describir la naturaleza de una consonante cualquiera no nos basta saber dónde o en qué punta se articula, nos interesa también saber cómo se produce su articulación. Desde este punto de vista se establece la siguiente clasificación:

1. **Oclusivas:** En estas consonantes los órganos establecen un contacto completo que interrumpe momentáneamente la salida del aire respirado. P-B-T-D-K-Q-C (ca co cu) G-J Se las llama también momentáneas debido a que producen la impresión acústica de un golpe seco, no prolongable, aunque fisiológicamente la duración del contacto puede ofrecer pequeñas diferencias, según las circunstancias del acento, posición en la sílaba y punto de articulación.

2. **Fricativas:** El contacto de los órganos es incompleto; se produce entre ellos una estrechez mayor o menor, por la cual pasa el aire rozando, sin interrumpir su salida.

Se las llama también espirantes, constrictivas o continuas. Son: F-S-Z-LL-Y-V-G-J-L-D.

3. **Africada:** Está formada por una oclusión momentánea que se resuelve gradualmente en una fricación o frotación. El paso del contacto oclusivo a la estrechez frica-

tiva no es brusco sino como dije anteriormente, gradual y los órganos que producen a ambos, son los mismos. Se las llama también: semi-occlusivas o consonantes de articulación mixta, CH entre nosotros y Y (de países vecinos).

4. **Vibrantes:** La lengua realiza uno o varios movimientos rápidos que interrumpen alternativamente la salida del aire R - RR.

Otra clasificación es la que considera la intervención del velo del paladar. Según este punto de vista los fonemas pueden ser nasales o bucales. Cuando el aire que sale por la faringe encuentra el velo del paladar caído, dejando una abertura, por ella se dirige a las fosas nasales y sale por las ventanas de la nariz. El fonema es en este caso **nasal**. Hay tres fonemas en este grupo: M-N-Ñ. En otro grupo de fonemas más numerosos que el anterior, el aire sale por la faringe y encuentra el velo del paladar levantado tocando a la cara posterior de la faringe, la salida del aire se produce por la boca, y el sonido resultante es **bucal**. Todos los fonemas son bucales, excepto tres (M-N-Ñ).

Habría que mencionar todavía otra clasificación: Según la función de las cuerdas vocales las consonantes pueden ser: sonoras y sordas.

Sonoras: Las que dejan oír la vibración de las cuerdas vocales, inmediatamente antes de su producción, gracias al zumbido del aire que escapa por la nariz: b - g - d - y - ll. l - r - rr (apreciar vibraciones sobre la nuez) y vocales A-O-U-E-I.

En la producción de otras consonantes no intervienen las cuerdas vocales, el aire pasa entre ellas, sin hacerlas vibrar. Se producen así ruidos característicos en diferentes puntos de la cavidad bucal. Estas consonantes sin vibraciones laríngeas se llaman:

Sordas: Por ejemplo.

o áfonas: q - k - ch - f - p - j - s - t.

Así entonces podemos decir que la definición de cualquier sonido lingüístico (aparte de algunas cualidades particulares) resulta de las condiciones enunciadas: 1º Punto de articulación; 2º Modo de articulación; 3º Acción del velo del paladar; 4º Acción de la laringe.

Por ejemplo: tratemos de enunciar las características del fonema p.

Diremos que es: bilabial (modo)
occlusiva (punto)
bucal (velo)
sorda (laringe)

Fonema L: alveolar (modo)
fricativa (punto)
bucal (velo)
sonora (laringe)

Fonema N: alveolar (modo)
fricativa (punto)
nasal (velo)
sonora (laringe)

	Fricativas	Oclusivas	Africadas	Vibrantes	Nasales
Bilabiales	P-B				M
Labiodentales		F-V			
Interdentales		Z			
Dentales	T	D			
Alveolares		S-L		R-RR	
Palatales		Y = LL	CH		Ñ
Velares	K-G-J				

III EVOLUCION DE LA MADURACION FONETICA

Sabemos que el niño normal comienza la adquisición del lenguaje, con el grito indiferenciado al nacer, continúa con la emisión de los sonidos vocálicos durante los tres primeros meses; entre el 3º y 6º meses agrega las consonantes, para continuar con las silabaciones entre el 6º y 9º meses — etapa pre-lingüística.

Respecto al orden de aparición de las consonantes, existe disparidad de criterios. Los autores no se ajustan a órdenes determinados. Algunos, que aparecerían primero las anteriores (labiales, labiodentales) y luego las posteriores (guturales). Otros, en cambio, aseguran que sería en orden inverso.

A nosotras, nos parece que debido a que el lenguaje es un proceso psicosocial y cultural, asentado sobre estructuras neurológicas, la evolución de la maduración fonética debe considerarse como un producto de las posibilidades del niño y las influencias del medio ambiente.

La observación y la práctica en la especialidad nos señala que comúnmente el niño emite: M - P - T - B - K - G, siendo las últimas en aparecer S - R - RR.

Más tarde, superada la etapa de las silabaciones, el niño va imitando las palabras que oye o crea otras nuevas con o sin significado. Observa como hablan sus padres, los escucha y trata de imitarlos, pero sus órganos no actúan en la forma que él desea por insuficiencia funcional natural. Esto le produce múltiples alteraciones articulatorias, que están ligadas al aprendizaje normal del lenguaje: son las dislalias fisiológicas, que deben ser superadas entre 5 y 6 años, si el ambiente le proporciona los estímulos lingüísticos adecuados y si no existen defectos orgánicos o psíquicos.

Reiterando lo antes expresado desde el punto de vista de la normalidad, el niño debe ser capaz de articular correctamente todos los fonemas y aun los grupos consonánticos, en la etapa de los cinco a seis años, siempre que el ambiente le presente los modelos adecuados y de que este niño los coja de acuerdo a sus condiciones individuales de maduración, psico-neuro-motriz y de sus condiciones anatómo-fisiológicas y emocionales.

IV DISLALIAS: DEFINICION

No siempre se cumplen las pautas normales antes mencionadas, muchos de nuestros niños al iniciar su escolaridad presentan perturbaciones en la articulación de la palabra que se caracterizan por la dificultad para emitir correctamente algunos fonemas. Es decir, presentan dislalias.

La palabra dislalia procede del griego "lalei" que significa palabra y "dys" que significa dificultad.

Debemos tener presente que las dislalias son un síntoma de las deficiencias periféricas de los órganos de la articulación.

Cuando el trastorno articulatorio es producido por una lesión del Sistema Nervioso Central, hablamos de disartria.

CAUSAS:

Las dislalias pueden ser: funcionales y orgánicas.

¿A qué llamamos dislalias funcionales?

A aquellas que presenta un niño por falta o imperfección en la coordinación muscular que necesita para formar los diferentes fonemas. En estas dislalias inciden a veces factores del medio ambiente:

- Falta de estimulación maternal;
- Falta de patrones auditivos correctos;

- Estimulación de la jerga infantil;
- Imitación de personas con articulación defectuosa y de las llamadas dislalias ambientales;
- Sobreprotección familiar;
- Corrección excesiva.

¿Y qué son dislalias orgánicas?

Son aquellas que se deben a malformaciones congénitas adquiridas de los órganos articulatorios:

- De la faringe: amígdalas hipertroficadas;
- Del velo del paladar: corto, bífido, paresia o parálisis del velo;
- Del paladar :ojival, fisurado;
- De la nariz: rinitis aguda o crónica, pólipos, vegetación adenóidea, desviaciones del tabique;
- De los maxilares: protrusión, retroprotusión, disminución de la movilidad temporomaxilar, anquilosis temporomaxilar;
- Dentales: mala implantación, ausencia de piezas, espacios interdentarios;
- De la lengua: glosoptosis, macroglosia, microglosia, paresia, parálisis, amputación, frenillo lingual;
- De los labios: leporino, inferior colgante, frenillo labial, labio superior corto, paresia, parálisis.

Podemos decir, en general, que el éxito de la reeducación foniatría depende en gran parte de la conciencia que exista en el hogar y en la escuela, del problema, y de la constancia y colaboración del niño.

En el caso particular de algunas dislalias orgánicas, se precisa además de la colaboración de otros profesionales.

Formas:

Tanto las dislalias funcionales como las orgánicas, pueden manifestarse en tres formas: dislalias por sustitución, por omisión y por deformaciones.

Dislalias por sustitución: El niño cambia un fonema consonante por otro:

Ej. dice: chilla por silla, cadeta por carreta, cantal por cantar, etc.

Dislalias por Omisión: El niño suprime uno o más fonemas:

Ej. dice: ato por gato, setado por sentado, también por también, etc.

Dislalias por Deformación: El niño no articula nítidamente uno o más fonemas:

Ej. rr sin vibración

s con escasa sonoridad.

Algunos autores denominan **paralalias** a las dislalias por sustitución y **mogilalias** a las dislalias por omisión y deformación.

Existe terminología específica para denominar algunas de las dislalias:

- | | | |
|-------------|---|------------------------|
| Rotacismo | — | dislalia de R y RR |
| Sigmatismo | — | dislalia de S |
| Ceceo | — | sustitución de S por Z |
| Lambdacismo | — | dislalia de L |
| Gammacismo | — | dislalia de G |
| Deltacismo | — | dislalia de D y T |
| Rinolalia | — | dislalia de M - N - Ñ. |

Para aquellas dislalias que carecen de una denominación especial, usamos el nombre del fonema alterado, por ejemplo decimos dislalia de f, etc.

Las dislalias más frecuentes encontradas en los niños son: el rotacismo, sigmatismo, deltacismo, lambdacismo.

Otros defectos articulatorios encontrados frecuentemente, son los de los grupos consonánticos y dislalias ambientales. Debemos considerar también que la dislalia se presenta

formando parte de otros cuadros: en la debilidad mental, en la hipoacusia, en las dislexias y en los trastornos emocionales.

V — Las Dislalias y sus Repercusiones en el Niño.

Los profesores sabemos cuán triste son para el niño portador de problemas articulatorios, sus primeros días de clases. Hemos podido observar sus temores, su hablar; lo hemos visto cohibido, angustiado, aun cuando siente la necesidad imperiosa de comunicarse y de establecer nuevos lazos de amistad.

Si pensamos que este niño pudo haber sido objeto anteriormente de burlas y rechazos, comprenderemos por qué desarrolla moldes de conducta compensatorios que, en algunos casos, lo conducen a inhibiciones o en otros a agresividad frente al grupo curso.

¿De qué manera el profesor podría ayudar en forma efectiva al niño que presenta dislalias?

En primer lugar, y esto es de capital importancia, es necesario que actúe sobre el curso para que éste, lo acepte con naturalidad.

Debe también preocuparse del niño como individuo, infundiéndole confianza y seguridad en sí mismo, estimulándolo en todo momento para que desarrolle sus capacidades y habilidades.

El profesor debe crear conciencia en los padres de este niño, del problema lingüístico de su hijo y de la posibili-

dad y necesidad urgente de iniciar la terapia reeducativa. **Datos Estadísticos:** Ahora, en cuanto a frecuencia de problemas articulatorios en la Enseñanza Básica, nosotros podemos informar lo siguiente:

A fines del año 1968 el Dpto. de Fonoaudiología del Hospital José Joaquín Aguirre practicó un examen articulatorio a 400 escolares. Dicho examen formaba parte de una investigación conjuntamente con el Centro de Investigaciones en Salud Mental. Se sortearon ocho escuelas del Segundo Sector Escolar de Santiago que fueron las siguientes: N° 17, 35, 47, 61, 90, 115, 197 y 254.

Dentro de cada escuela se sortearon los cursos y los alumnos a examinar todos fueron alumnos de 1° y 2° Año Básico, entre 7 y 9 años de edad.

Cuadro 1

Niños examinados:	400
Niños sin problemas articulatorios	33,75%
Niños con problemas articulatorios:	66,25%

Cuadro 2

Niños con dislalias en sílaba directa:	2,50%
Niños con dislalias en sílaba inversa:	39, %
Niños con dislalia en fonogramas:	1%
Niños con dislalias múltiples:	23,75%

rinolalias

por ELVIRA SILVA Y ELIANA RODRIGUEZ

Coordinadora: Mireya Puig

FISURAS PALATINAS, LABIOS LEPORINOS RINOLALIAS

Este trabajo ha sido realizado por las fonoaudiólogas del Hospital Roberto del Río: la Sra. Elvira Silva R. y Eliana Rodríguez D.

Habiéndose mencionado otras disciplinas que tienen relación con los problemas del lenguaje, nos referimos a lo que en estos momentos nos preocupa, que son las alteraciones congénitas de las fisuras palatinas y labios leporinos, analizadas por el Dr. Alfredo Gantz y veremos la íntima relación que existe entre la Cirugía, la Odontología en general y la Terapia del Lenguaje.

Partiremos del concepto claro que tenemos, que un niño con fisura palatina y labio leporino es un ser como todos; correrá, jugará, comerá, dormirá y aprenderá en la forma normal de otros niños. Diferirá del resto solamente por la forma de hablar y tal vez en la apariencia de su cara. La función de hablar es expresar nuestros pensamientos e ideas a los demás. Hablar y no ser entendidos nos puede hacer sentir atónitos y separados del resto del mundo. No sólo nos sentimos confundidos, sino que nuestra personalidad y confianza en nosotros mismos se ven continuamente perturbadas.

En cierto modo, eso es lo que sucede a los niños con habla defectuosa.

EVOLUCION DEL LENGUAJE EN EL FISURADO

Los niños fisurados, desde que nacen, traen un handicap enorme: dificultad de alimentación, respiración, resonancia y un atraso considerable en la etapa pre-lingüística; todos estos mecanismos están en función vegetativa por situaciones biológicas especiales.

En la etapa de uno a dos años la expresión verbal se reduce a los sonidos nasales m-n-ñ y algunos fonemas vocales, especialmente a-o; sólo se escucha a veces ma-man, nana, no. Son palabras clásicas y corrientes que para la madre que desconoce el problema del lenguaje y que no ha sido instruida anteriormente estima o cree, que su hijo una vez operado fácilmente hablará.

Es lógico que para una madre que tiene un hijo fisurado y con labio peorino, que en su vida nunca vio otro igual, la angustia se desencadena y lo único que desea es ver operado el labio fisurado en su totalidad.

En este período el niño puede presentar: retardo del lenguaje, no tener lenguaje o un lenguaje inentendible, producido esto último por la falta de resonancia adecuada y la voz es totalmente nasalizada o gangosa, distorsionando totalmente su claridad. Esta anomalía es conocida con el nombre de rinolalia.

DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE LAS RINOLALIAS

Las rinolalias se pueden clasificar en rinolalias abiertas y cerradas.

Se llama **rinolalia abierta**, la alteración fónica en que cada fonema toma un timbre nasal, y se produce en lesiones del paladar óseo o blando y en las malformaciones palatinas congénitas.

En la rinolalia abierta hay deformación de fonemas por ej.: p - l - t son sustituidos respectivamente por m - n y

k, este último fonema en muchos casos es omitido.

La **rinolalia cerrada** es la alteración fónica por reducción o falta de la resonancia nasal y es de origen rino faríngeo, nasal o mixto.

En las rinolalias cerradas no se pronuncia la m - n y son substituidas corrientemente por b-d y pueden traer también leve alteración de otros fonemas. Estas rinolalias son menos frecuentes que las rinolalias abiertas.

Además de la rinolalia, estos niños representan todo tipo de dislalias, en primer lugar por la alteración orgánica, en segundo lugar por el desconocimiento total del aparato articulatorio, especialmente de las partes musculares, y por ende se altera el esquema corporal oral.

Podemos encontrar también, enfermedades de oído, nariz y garganta, afecciones que de no ser tratadas de una manera adecuada pueden llegar a mayores problemas, y es el caso de la hipoacusia o pérdida auditiva que dificulta la reeducación lingüística.

No nos explayaremos en detalles, sobre ésta tan importante intervención porque ya ha sido dada a conocer a ustedes por el Dr. Sr. Alfredo Gantz y sólo diremos resumiendo que, en los primeros meses, se practica el cierre labial, uni y bi-lateral, y al año la plastía funcional del velo, y si el caso lo permite, el cierre total del paladar. Esta brillante intervención realizada precozmente, nos ha facilitado la terapia del lenguaje y de la voz.

Una vez realizada la plastía funcional del velo se inicia la reeducación precoz del lenguaje de tipo materno. Se dan indicaciones escritas y prácticas a la madre, que debe asistir a controles periódicos para recibir nuevas orientaciones.

VENTAJAS DE LAS NUEVAS TECNICAS QUIRURGICAS Y ORTODONCICAS

Resumiendo: Las nuevas técnicas quirúrgicas que fueron mencionadas tienen las ventajas que:

- a) Pueden usarse precozmente facilitando las etapas pre-lingüísticas y la rápida adquisición y evolución del lenguaje.
- b) Dejan cavidades orales, patológicamente menos retraídas.
- c) Se comprueba un velo del paladar funcionalmente apto para el trabajo fonatorio.
- d) El trabajo lingual, labial y maxilar se desarrolla en mejores condiciones, evitando la inercia de los órganos de la articulación de la palabra.
- e) Facilita los primeros actos de la función digestiva.
- f) Facilita la buena técnica respiratoria, que en todos estos niños está totalmente alterada.
- g) Ayuda a corregir en parte la alteración del timbre de la voz.
- h) Disminuyen los movimientos asociativos de los músculos faciales que en muchos casos son muy notorios.

Y por último facilita la ventilación del oído medio.

A pesar de todos estos cambios favorables y de la reeducación lingüística continuada, el problema no desaparece, la Ortodoncia con sus medios correctivos nos da armas de ayuda efectiva.

En los niños pequeños usamos el auxiliar fonético, como medio eficaz de ayuda en la adquisición del lenguaje y en su corrección.

En etapas más avanzadas de la evolución dentaria, nos

ayuda con diferentes auxiliares y prótesis que corrigen las condiciones de la cavidad oral y la corrección de la voz y de la articulación.

Con lo expuesto hasta este momento, damos un bosquejo de nuestro trabajo de equipo.

¿QUE PROBLEMAS AFECTAN A ESTOS NIÑOS EN LA EDAD ESCOLAR?

Cuando los fisurados no han recibido una reeducación integral especialmente del lenguaje, presentan una actitud especial al encontrarse distintos a los demás y al verse limitados, lo que les produce un resentimiento que se puede manifestar, en forma de rebeldía, presentan falta de independencia, suelen volverse tímidos, otros rehusan hablar, como también suelen ser agresivos.

Este problema suele agravarse por el comportamiento de los padres que sobreprotegen y miman demasiado a sus hijos problemas porque temen sus fracasos; por lo tanto le frustran sus actividades, haciendo más difícil la adaptación escolar y aun la vida del hogar, en lo emocional y hasta en lo social, que puede determinar el éxito o el fracaso de su vida, su felicidad o su desdicha.

Tienen dificultad hasta para su ingreso a la escuela, por su aspecto físico y su falta de lenguaje expresivo. Los que son aceptados en la escuela peligran de no ser aceptados por el grupo y aun por algunos profesores, desconociéndose en muchos casos que estos niños en su mayoría son de inteligencia normal, se desenvuelven perfectamente en todas las asignaturas, siempre que no sean habladas.

La tarea de la fonoaudióloga es dar lenguaje, corregir alteraciones articulatorias de la voz, estudiando detenidamente las posibilidades del niño, de modo que disponga de un vocabulario de utilidad práctica y de los medios de comunicarse con los demás.

Así podrá integrarse al grupo escolar, la compañía con los demás se tornará más grata, más interesante, preguntaría y sabría responder. Su mente se enriquecerá con todos los conocimientos pedagógicos que va recibiendo y dejará de ser tímido o rebelde, porque será capaz de decir lo que siente, lo que quiere y lo que piensa, y así el niño que logra esta superación se incorpora a la sociedad. Resumiendo las causas que interfieren la normal evolución de esta anomalía son:

- a) Ignorancia de los padres
- b) Limitaciones del sujeto
- c) Factor inteligencia
- d) Ambiente cultural
- e) Personalidad alterada
- f) Malos hábitos que se forman en el niño
- g) Tolerancia de los adultos
- h) Acostumbramiento del lenguaje defectuoso
- i) Desconocimiento del problema por parte del profesorado, lo que hace que no coopere en forma positiva en la formación integral del niño, y hasta se llega en algunos casos a negar la matrícula al iniciar la etapa escolar.

Superados estos problemas, el niño se incorporará a la vida escolar y tendrá las mismas posibilidades futuras que un niño que no haya tenido que sufrir este largo peregrinaje de tratamientos.

disritmias: tartamudez

por VICTORIA CHINCHON Y EDITH SCHWALM

La espasmofemia o tartamudez se clasifica dentro de las disfemias, las que se caracterizan por ser trastornos de la articulación y del ritmo de la palabra, secundarias a una intermitente e imperfecta coordinación de las funciones ideomotorias cerebrales. En general, se acompañan de otros síntomas psíquicos característicos.

El hecho de que la tartamudez presente una polisintomatología y una polietimología ha dado lugar a diversas definiciones, sin embargo, hay coincidencia en apreciarla como un síndrome cuyo síntoma principal es la alteración lingüística a nivel del ritmo, manifestándose con ciertos síntomas prácticamente constantes: perturbaciones fonarticulatorias, perturbaciones afectivo-emocionales y neurovegetativas.

Muchas escuelas aceptan la definición de Gutzman, quien ve la tartamudez como una neurosis espástica con incoordinación motriz de los órganos fonarticuladores. Tratándose de una neurosis no sólo el habla está afectada. Los tartamudos también suelen presentar una constitución psíquica anormal, un terreno neurótico que, aún cuando no se manifiesta con otros síntomas, tiende a acentuar o a prolongar la tartamudez. Este concepto de tartamudez como neurosis de la palabra estaría apoyado, según Pommez, por el carácter episódico de la afección, ya que es frecuente que el tartamudo presente períodos de mejoría y de empeoramiento.

Por otra parte, Pichon y B. Maisonnay opinan que detrás de toda espasmofemia existe una inmadurez, un incabamiento de esa forma completa del lenguaje que es para Pichon el lenguaje lingüoespeculativo. "Todos los tartamudos son sujetos que tienen dificultad para formular su pensamiento en el molde del lenguaje". Como puede apreciarse ésta es una concepción estrictamente lingüística, que se apoya en el resultado de las observaciones clínicas de M. Borel quien ha encontrado que cerca del 50% de los tartamudos sufrieron un retraso en la elocución en la primera infancia.

SINTOMATOLOGIA:

La tartamudez se manifiesta por interrupciones en el flujo del lenguaje o por repeticiones de sonidos o de sílabas. Se acompaña de espasmos, de contractura de tipo de tipo de los músculos esenciales para la articulación, de espasmos laríngeos, espasmos de la cabeza de los músculos respiratorios e incoordinaciones respiratorias. Durante la elocución el tartamudo presenta dos tipos de espasmos: clónicos y tónicos.

El llamado espasmo clónico consiste en la repetición convulsiva de una sílaba al comienzo o en la continuación de una frase: Ej. no...no...no... quiero salir.

El tartamudeo tónico consiste en un estado de inmovilización muscular que impide totalmente el habla; cuando este espasmo cede, la palabra sale precipitadamente como una especie de disparo muy característico.

Como regla general el tartamudeo no afecta a ningún fonema en especial, pero, hay casos en que se nota mayor dificultad para las consonantes oclusivas (p - t - k -) que requieren de una sinergia muscular mucho más energética. Sin embargo, sílabas o letras que en un momento dado no consigue pronunciar lo hace en otra ocasión sin el menor esfuerzo. El espasmo tónico que se presenta, a veces, en el momento de la inspiración hace que la frase comience con una aspiración bucal a la que luego sigue toda una frase dicha en voz inspiratoria.

Las contracciones musculares adoptan variadas formas y grados que van desde la casi imperceptible tensión de cuello, hasta la rigidez manifiesta de grupos musculares que intervienen o no en la expresión oral. Dependen en gran parte de la fase de la enfermedad, de factores anímicos personales, etc. Cabe destacar, que la presencia de situaciones emocionales o conflictivas: ambiente familiar tenso, requerimientos verbales de tipo competitivo, etc. agravan las manifestaciones espasmódicas.

Toda esta sintomatología, no se presenta permanentemente en el acto elocutivo, hay momentos en que el tartamudo habla fluidamente.

Las estadísticas mundiales revelan coincidentemente la predominancia de la tartamudez en el sexo masculino y en proporción que varía según las edades. Como resultado promedio podría decirse que el 3 ó 4 por ciento de la población infantil presenta tartamudez.

En cuanto al momento de iniciación del síndrome, cabe señalar que las épocas más frecuentes son, justamente, aquellas que tienen más importancia en el desarrollo psicológico del individuo.

- a) Iniciación del lenguaje
- b) Comienzo de la vida escolar
- c) Adolescencia

Dentro de la evolución normal del lenguaje existe una etapa llamada de tartamudez fisiológica, que no siempre se presenta, y que obedece al estado de inseguridad natural del niño en el manejo de un instrumento de expresión no totalmente adquirido. En un desarrollo lingüístico normal esta etapa es superada rápidamente, pero también puede prolongarse y fijarse dando lugar a la aparición de una tartamudez patológica.

ETIOLOGIA

Existen múltiples causas señaladas como responsables de esta perturbación y que pueden actuar como predisponentes, determinantes, desencadenantes o agravantes del cuadro clínico. Algunas pueden, incluso, actuar en dos grupos y ser predisponentes y desencadenantes.

El primer factor a considerar es la herencia, que tiene indudablemente mucho valor como causa predisponente, aunque no se han comprobado las leyes a que obedece. Es corriente encontrar entre los familiares del tartamudo, no sólo antecedentes de tartamudez, sino que además, de otros trastornos articulatorios: Saguilalías, tartajeo, etc.

La imitación, es otro factor, señalado a menudo como causal, pero siempre que exista un terreno neurótico predisponente.

Aunque no está bien establecida la relación entre zurdería y tartamudez, se encuentra un elevado número de zurdos contrariados entre los tartamudos.

El bilingüismo o plurilingüismo, es un factor capaz de crear problemas en el habla en determinadas condiciones. La explicación del porqué el bilingüismo puede llegar a producir tartamudez ha dado lugar a numerosas controversias: mientras que para unos sería debido a una

disfunción nerviosa, para otros provocaría conflictos que afectarían a la personalidad del niño.

La perturbación de la vida afectivo-emocional se halla presente en toda tartamudez y se discute si es causa o efecto de la alteración.

Son comunes los casos, en que las emociones violentas, las situaciones de shock emocional, han actuado como desencadenante sobre un terreno ya propicio a la aparición de este trastorno.

Existe un gran número de factores que por razones de espacio, sólo mencionaremos: los factores senso-perceptivos, traumáticos e infecciosos, referidos al sistema neurovegetativo, etc.

TRATAMIENTO

Los datos recogidos en la anamnesis y el resultado de los exámenes practicados determinarán los lineamientos especiales de la terapia correctiva, la cual, debe ser enfrentada por un equipo de especialistas (psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo, etc.); dada la enorme complejidad de su

etiología y los alcances inhibitorios y deformantes que provoca en la personalidad integral del sujeto.

La terapia debe dirigirse al afectado y a su ambiente, dentro del cual la escuela y la familia son los pilares básicos. En el hogar ha de evitarse todo clima familiar violento que agrave el estado de angustia permanente en que se encuentra el tartamudo.

En la escuela, el conocimiento que tenga el profesor de lo que constituye el cuadro y la actitud de él derivada, son las más efectivas ayudas con las que puedan contar los especialistas que manejan el tratamiento.

Todo cuanto tienda a fortalecer la confianza que el niño tenga en sí mismo, atenuará su logofobia. Si éste nota que su palabra no es motivo de burla, ni de preocupación manifiesta, que se le anima a expresarse libremente, que se le escucha con serenidad, sin corregirlo en el momento en que está hablando, que, a su vez, se le habla con palabra lenta y clara, se sentirá menos diferente, más aceptado, más comprendido y estos sentimientos acelerarán su proceso de mejoría.

ANALISIS DE LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA DE ESTUDIOS DE LAS ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL

Objetivos generales:

1. Se cumplió ampliamente el objetivo de esta jornada que dice: "Integrar y coordinar la acción habilitadora y rehabilitadora de las escuelas de educación especial, a fin de lograr una atención integral del menor deficitario". Es necesario que esta integración y coordinación se mantengan en el futuro.

2. Para lograr la aplicación de los criterios, conceptos y términos aquí unificados, se confeccionarán cuadros clínicos y específicos de las alteraciones tratadas en esta jornada.

3. Se cumplió ampliamente el 3er. objetivo general de esta jornada que dice: "Relacionar e integrar a profesionales y demás personas interesadas por el problema del niño limitado".

Relación e integración que debe mantenerse a través de un contacto permanente entre otras personas.

Objetivos Específicos:

1. Se cumplió plenamente el 1er. objetivo específico de esta jornada que dice: "Estudiar el problema del diagnóstico con sus aspectos clínico, técnico y pedagógico".

2. Frente al objetivo específico que se refiere a integrar los diversos servicios y profesionales cuya labor incide en el problema del diagnóstico, se hace necesario que los servicios hospitalarios o escuelas especiales que cuentan con equipos tales como: audiométrico, electroencefalográficos, de rayos, exámenes de laboratorio, etc., amplíen su acción a las escuelas especiales que carecen de ellos y promover ante el Servicio Nacional de Salud, que los

centros regionales hospitalarios, se interesen por prestar esta misma colaboración.

3. Frente al 3er. objetivo específico que dice: "Motivar a los profesores de las escuelas especiales para tomar contacto con la comunidad, a fin de informarla y concientizarla para lograr un cambio conductual frente a los individuos que presentan minusvalías"; es una de las labores que los profesores asistentes a estas jornadas pueden cumplir a través de charlas, conferencias, difusiones radiales, prensa, TV, etc., impactados por otros profesores y profesionales hacia las escuelas y la comunidad.

CONCLUSIONES

1º Promover ante las autoridades competentes, en colaboración con el Servicio Nacional de Salud, la creación de centros de diagnóstico en cada una de las áreas de salud del gran Santiago y en las cabeceras de provincia; estos centros vitales para el desarrollo adecuado de la Educación Especial, tendrán como funciones principales:

- a) El Diagnóstico o estudio de los casos a través del equipo multiprofesional ya analizado en estas jornadas.
- b) La investigación y experimentación, en relación a técnicas de diagnóstico y tratamiento.
- c) La colaboración en la formación de especialistas.
- d) Labor de divulgación e higiene mental hacia la comunidad a través de charlas, foros, cursillos a profesores de escuelas comunes, etc.

2º Concretizar la aspiración de dotar la educación especial de equipos profesionales afines a este problema que puedan integrar adecuadamente los equipos multidisciplinarios de cada escuela.

3º El profesorado de educación especial del país, se complace con el propósito del gobierno de crear la Dirección de Educación Especial y solicita se acelere su tramitación legal.

4º Organizar la supervisión de las escuelas de educación especial de todo el país a través de la Jefatura de Educación Especial, mientras se crea la Dirección General y los Centros de Diagnóstico señalados.

5º Continuar e intensificar la política de creación de cursos diferenciales dentro de las escuelas de educación general básica del país, que contemplan la atención de aquellos trastornos del aprendizaje posibles de ser tratados y mantenidos en su establecimiento escolar normal a saber: dislexia, deficiencia mental leve, problemas leves de lenguaje, disfunción cerebral mínima, etc.

6º Proporcionar orientaciones técnicas a las escuelas de educación especial por parte de esta Jefatura.

7º Continuar con la organización de jornadas de estudio referidos ahora a técnicas de tratamiento de habilitación y rehabilitación de los niños con problemas de aprendizaje.

8º Solicitar a las autoridades competentes del Ministerio de Educación, su preocupación por atender la situación de los profesores no especialistas que trabajan en escuelas de Educación Especial y que no han regularizado su situación.

9º Volver a incorporar en los institutos de formación de profesores de educación básica, la asignatura de Pedagogía Especializada, relativa a los niños con problemas de aprendizaje, con el fin de entregar al profesor común una visión panorámica del niño que presenta distintos cuadros o síndromes en relación con el aprendizaje.

10º Promover la supervisión, coordinación y orientación del Ministerio de Educación sobre las instituciones particulares que imparten educación especial.

11º Lograr a través del Ministerio de Educación, una labor integral con el Ministerio de Salud, de Trabajo y de Justicia, a través de convenios adecuadamente estructurados. Sin esta integración sería muy difícil lograr nuestro objetivo: "La habilitación o rehabilitación total del niño-problema, para reintegrarlo como miembro útil a la sociedad a la cual pertenece".

cómo vencer las perturbaciones del lenguaje

Por PIERRE FAURE

Desde hace muchos años el aporte de los estudios neurológicos y psico-psicológicos sobre el lenguaje es considerable.

Se comprende mejor el origen, por largo tiempo misterioso, de trastornos tales como la simple tartamudez, las ronqueras, las ineptitudes para la lectura —y como consecuencia para la escritura y la ortografía—, las dificultades o la facilidad para cantar entonado, para adquirir la pronunciación y la entonación correctas de una o varias lenguas extranjeras.

Las luces aportadas a este campo deberían permitir el mejoramiento apreciable de todos los métodos tentativos de reeducación y de la pedagogía cotidiana.

Sin desear proceder exhaustivamente a poner en marcha trabajos que pueden ser considerados como serios, y hasta definitivos, señalaremos algunas convergencias interesantes en el primer capítulo para los educadores.

Los fenómenos de lateralización cerebral fueron los primeros en llamar la atención al explicar neurológicamente el que seamos normalmente diestros o zurdos.

La correlación práctica entre los trastornos de lateralización y los trastornos del lenguaje, de la lectura, de la escritura, de la ortografía, han llevado a respetar la lateralización del niño, aún la izquierda, cuando ésta es clara y generalizada, es decir plenamente adquirida. Pero exámenes más atentos y a diferentes edades han lle-

vado desde entonces a matizar esta postura pedagógica de los médicos y de los psicólogos en cuanto a los zurdos. En efecto, la lateralización, es decir el dominio de un hemisferio cerebral, no se establece o más bien no se afirma más que progresivamente, con aprendizajes que la vida cotidiana provee en innumerables ocasiones a los bebés y a los niños jóvenes.

Prácticamente, no se adquiere definitivamente, por así decirlo, más que alrededor del año octavo. Parece ser que se podría, sin gran daño, procurar a un niño de tendencia zurda las enseñanzas para manejar la mano derecha mientras su lateralización es todavía imprecisa o pronunciada.

Prácticamente, en contra de lo que se afirmaba hace años, conviene enseñar a todos los niños a usar la mano derecha, a presentar la "mano buena", a lanzar con la derecha, a tomar el lápiz y la tiza, además de los instrumentos de escritura con la mano derecha. La experiencia nos mostrará si el niño lo tolera. En caso contrario, si se vieran aparecer trastornos, temores y titubeos, sobre todo en el habla, se dejará al niño volver a utilizar su mano izquierda.

Alrededor de los 8 ó 9 años, se le podría invitar a adquirir por sí mismo mediante ejercicios cortos repetidos con frecuencia, un reflejo condicionado limitado, para escribir con la mano derecha, lo mismo que un diestro puede divertirse aprendiendo a escribir con la mano izquierda. Es cuestión de un aprendizaje voluntario que normalmente no debe turbar una lateralización firmemente adquirida.

Más enojoso es el caso de las lateralidades no homogéneas. Por ejemplo, el diestro del pie y de la mano que acusa ser zurdo del ojo. Está más en desventaja que un zurdo completo. En estos casos, fáciles de descubrir, una vez señalados, hay que ayudar a los niños a superar progresivamente su desventaja con pequeños ejercicios voluntarios dirigidos por ellos mismos y sin ninguna aprensión. Las insistencias exteriores a destiempo, los regaños, los ejercicios colectivos llevados a cabo en un ambiente autoritario, son desaconsejables en este caso, porque reforzarían afectivamente aprensiones y titubeos de origen

psicológico y los harían a veces casi insuperables, y hasta patológicos. Algunos tartamudeos casi incoercibles se han podido manifestar en esas condiciones. En realidad son de orden afectivo y propios de temperamentos fuertemente emotivos. Sin embargo, podría preguntarse si a veces lo que llamamos temperamento emotivo, en este caso, no es consecuencia de las inseguridades a las que una mala lateralización condena.

Otra consecuencia pedagógica hoy bien admitida, la ambidextria es, en todo caso anormal. Hay que prescribir, en la edad juvenil, lo que la favorecía. Fue en un tiempo el error de ciertos métodos de reeducación que, a un ritmo impuesto, creaban las condiciones gestuales que conducen a la ambidextria. Una observación curiosa, que parece confirmada por estudios etnográficos: la ambidextria o los retrasos en la lateralización van unidos a los retrasos del desarrollo intelectual. La aparición del pensamiento abstracto y del razonamiento propiamente mental supondrían el dominio de un hemisferio cerebral.

Los trastornos del lenguaje como los de la lectura tienen, con todo, causas diferentemente complejas. La lateralización no es la única causa o por lo menos bajo la forma en la que se acostumbraba a considerarla estos últimos años.

Se sospechaba que el buen o el mal funcionamiento de la vista tenía su parte en los trastornos, particularmente cuando se revelaban en la escritura y en la ortografía. Parece cierto. Pero los trastornos de acomodación, y hasta la zurdez del ojo en un no zurdo, no se revelan como elementos determinantes en la adquisición correcta del lenguaje escrito, tanto en la lectura como en la escritura, menos cuando hay ausencia o trastorno de localización en el espacio y de ritmo en el tiempo. Pero entonces, la causa es más general: se la atribuye a una insuficiente toma de conciencia del esquema corporal. El niño no está en posesión de sí mismo, no posee el dominio de sus gestos. No se sitúa ni en el espacio, ni en el momento vivido, porque no se sitúa. Las educaciones caprichosas, sin ley, sin orden y sin razón, pueden ser la causa, es decir la ausencia de educación. Aquí cuenta mucho la pedagogía. Pero con frecuencia interviene demasiado tarde. Durante la primera edad es cuando el niño debe adquirir percepciones exactas, cada vez más "claras y distintas". Hay que añadir que la moda de los "globalismos" de toda clase no favorece esta educación primordial de la que dependen todas las demás. En este campo también se hace la luz. El niño debe salir progresivamente del sincretismo y no hay ni que mantenerlo en él artificialmente ni encerrarlo en él por métodos globales. Para ello la ayuda educativa es muy poderosa. Para un niño el solo hecho de adquirir su lenguaje ligando las expresiones y las palabras a las realidades significadas, es uno de los factores educadores, quizá el más natural y uno de los más importantes en nuestra vida civilizada. El niño establece la comunicación por medio de la palabra y por el habla antes de escribir o de leer. En este campo del aprendizaje del lenguaje, las prácticas educativas y los medios de reeducación convergen con los datos psicológicos recientes. ¡Qué felicidad! Educadores y enseñadores, reeducadores, psicólogos y médicos que se ocupan de los trastornos y de los retrasos en el lenguaje, sea hablado o escrito, son unánimes en aconsejar la educación del movimiento y del ritmo, con tal de que sea concebida no como una gimnasia que tiende al desarrollo de los músculos y a la adquisición de actitudes estereotipadas, sino a un dominio cada vez más consciente del cuerpo.

Hay otro sector, todavía demasiado nuevo, de investigaciones y de descubrimientos y del que, desde ahora, se puede esperar mucho.

Desde hace tiempo, a los educadores, a los médicos, y a los psicólogos les habían llamado la atención los déficits en la audición. Los sordos, los mal oyentes, tienen efectivamente, si se puede decir, por definición, una voz ronca, desagradable, sin flexibilidad, y dificultades de lenguaje. Por mucho tiempo se ha tratado de procurarles un complemento, sobre todo con el gesto, con la vista y con el tacto. De ahí los famosos signos gesticulados del abate de l'Épée, utilizados hasta para los niños bien oyentes por Grosselin en su fononimia (1885) retomada recientemente por Mme. Borel-Maisonny. De ahí las iniciaciones de los sordos en la lectura de los labios y el alfabeto suplementario, del que son provistos, con la ayuda del tacto, lo que también se hace con los ciegos.

Desde hace algunos años, las investigaciones se orientan en otra dirección. Para empezar, y con éxito, se ha tratado de reeducar el nervio auditivo, teniendo en cuenta que todo órgano se desarrolla con el ejercicio. Tratando a niños muy jóvenes, se han alcanzado a veces resultados espectaculares (pitazos estridentes y repetidos a intervalos, etc.). Por otra parte, un análisis psicológico más extendido del comportamiento del niño que oye mal o del niño que no habla, ha mostrado que este niño oye primero y enuncia primero lo que ha percibido efectivamente con más intensidad. Es una evidencia.

Itard notaba ya con agrado que Víctor, su salvaje, a decir verdad un débil mental, no se movía cuando se disparaba un pistoletazo a sus espaldas, pero se precipitaba contra quien cascara una nuez dentro del bolsillo. Por lo tanto se producen selecciones, o más bien nuestras percepciones son siempre selectivas. De ahí la importancia de la afectividad en la educación, sobre todo en el desarrollo del niño joven, y de la comunicación. De ello depende el desarrollo del lenguaje. Debería haberse sospechado, pero todavía no se saca bastante partido de esta evidencia en educación y en reeducación.

Faltaba preguntarse si no se podría desarrollar la audición haciéndola selectiva de sonidos nuevos, hasta a partir de esa nada de selectividad de los sonidos de la que parece estar afligido el órgano del enteramente sordo. Los importantes trabajos del profesor yugoslavo Guberina, que han llevado a la construcción de aparatos que permiten generalizar la experimentación (1), han mostrado que si el oído normal es sensible a ciertas longitudes de onda e intensidades, el sordo o el mal oyente es sensible a longitudes de onda de base frecuente que el oído normal no percibe. Formulada de esta manera la hipótesis de trabajo, se trataba, al principio, de crear un filtro electrónico que transpusiera el lenguaje normal en lenguaje de baja frecuencia inaudible para el oído normal, pero audible para el sordo. El resultado fue espectacular; el sordo se puso a hablar sin ninguna ronquera, con una pronunciación, una entonación y un modo de hablar normales. En una segunda serie de aprendizajes, se selecciona, para cada individuo, la tonalidad y el fonema más cercanos al normal, a los que es sensible. Mediante ejercicios se amplía progresivamente el campo de audición. El oído se hace poco a poco selectivo en cuanto al lenguaje normal. Desde entonces, el sordo oye y habla... por lo menos con la amplificación del sonido normal que su oído necesita por mucho tiempo.

En Francia, el doctor Tomatis ha llevado a cabo investigaciones coronadas por el éxito sobre el funcionamiento del oído medio. Ha demostrado que el estribo tiene un

papel selectivo y acomodador de los más importantes. De ahí el tratamiento que consiste en enviar artificialmente, por filtración electrónica, el sonido correcto (averiguadas las frecuencias) para el oído deficiente. Se comprueba inmediatamente que la fonación se modifica. Depende, en efecto, de la audición, lo que ahora ha quedado bien establecido (2).

Con aprendizajes sucesivos, se hace funcionar el estribo según el sonido proporcionado y según la palabra que haya que emitir. Adquiere la costumbre, si se puede decir, y el paciente al cabo de cierto tiempo, no tiene más necesidad artificial del filtro electrónico para oír bien y, como consecuencia, para hablar bien.

Las aplicaciones son obvias: enderezamiento de las pronunciaciones malas, adquisición de registros nuevos que permitan cantar, adquisición de fonemas lingüísticos hasta entonces extraños, etc.

Buscando la explicación neurológica de estos fenómenos de la audición y de la fonación, el doctor Tomatis ha demostrado que todo ocurre como si hubiera una lateralización auditiva necesaria (el buen oído). Un trastorno del oído director produce trastornos del ritmo. Al estar perturbado el circuito audición-fonación, se producen trastornos asociados, porque este circuito debe entonces pasar cerebralmente del centro auditivo derecho al centro auditivo izquierdo. El doctor Tomatis llama a este reemplazo "traspaso transcerebral" y ha podido medir su tiempo: 0.15". Ahora bien, éste es el tiempo necesario para pronunciar una sílaba francesa, de donde la hipótesis de este retraso sería la causa de los farfullos y de los tartamudeos de redoblamiento de sílabas. El factor afectivo interviene desde el momento en que el sujeto se da inmediatamente cuenta de la anormalidad de su modo de hablar. Esta explicación neurológica tiene el mérito de hacer comprender fenómenos curiosos y muy conocidos. El tartamudo puede con frecuencia cantar y decir poesías de memoria. De hecho no utiliza entonces el oído, por lo que no se siente perturbado. Canta y dice de memoria. También un tartamudo en francés puede no tartamudear en inglés, porque en el lenguaje corriente la emisión de los fonemas ingleses es más lenta que la de los franceses. El aparato creado por el doctor Tomatis, **El oído electrónico** permite desarrollar o modificar la selectividad auditiva de un sujeto. Hace cesar los fenómenos anormales y las incapacidades que eran consecuencia de una selectividad restringida e inadecuada(3).

Experiencias de reeducación del lenguaje y de la motricidad (fono-psicomotricidad) reúnen con la práctica estas hipótesis y les aportan una confirmación interesante.

Hace tiempo que se ha echado de ver el poco provecho sacado de las lecciones de reeducación del lenguaje cuando se limitan a ser puramente fonatorias. Se obtiene un acondicionamiento pero de corta duración; hasta ocurre que esos ejercicios laboriosos bloquean afectivamente al niño, o en las condiciones más favorables, atraen a tal punto su atención sobre una dificultad de pronunciación o de grafía (lectura), que se olvida de lo demás o no conserva más, al cabo de algún tiempo, que la convicción de que comete un error al pronunciar tal sonido, al tratar de descifrar tal género de grafía, lo que es causa a veces de dislexias y de disortografías espectaculares y tenaces. Por el contrario, la experiencia ha demostrado

que si al fonema pronunciado o a su grafía —cuando hay texto escrito— se asocia una actividad motriz, se obtiene un mejor resultado, a la vez más rápido y más durable.

Si además se hace funcionar la audición con pronunciación distinta y bastante fuerte, repetida por el sujeto mismo, con descomposición normal por la voz de una expresión en palabra, de una palabra en sílaba y con acompañamiento de una actitud corporal precisa, si por último, se hace al sujeto responsable de esta actividad compleja y a su vez auditiva, gestual y fónica, se obtienen resultados ciertos y a veces asombrosos. Se comprende mejor la razón, ahora que el funcionamiento cerebral de la audición y de la fonación se conoce mejor.

Una educación, a fortiori una reeducación, debe ser polivalente, es decir, debe poner en juego la audición, la fonación, la motricidad voluntaria (dicción y gestos). Así se pone en juego cerebralmente no sólo los centros auditivos y los centros de la fonación, sino las áreas psicomotrices de la corteza y la zona afectiva. Como también lo hace notar André Le Gall en un folleto consagrado a **El aparato de efecto Tomatis**, no es asombroso que ello resulte así, puesto que la zona de Wernicke verbo-motriz está, según el profesor Delay, "Situada en la encrucijada de los analizadores sensoriales y de los efectores práxicos" (4).

Estas consideraciones algo teóricas, pero cuya objetividad parece ahora cierta, deben hacer reflexionar a los educadores. No se aprende a leer solamente en un libro, o escuchando a los demás, como no se reeduca la ortografía deficiente solamente por el dictado ni la mala escritura con líneas de caligrafía. Estos ejercicios deben ser integrados en un conjunto de actividades perceptivas, motrices, afectivas y mentales, poniendo en juego el oído (fonética), la pronunciación y la elocución, la motricidad y siempre la actividad mental consciente y voluntaria del sujeto.

NOTAS

1. Aparatos Sonvak.
2. "La laringe emite sólo los armónicos que la oreja es capaz de oír". Comunicación de Raoul Husson a la Academia de Ciencias (25 de marzo de 1957).

3. En neurología se puede hacer notar que la zona de Wernicke, llamada zona del lenguaje, está en relación por una parte con el área psicomotriz, con el área psicoauditiva y con el área auditiva. Por lo demás, se le llama zona verbo-motriz. Agreguemos que la recepción de las percepciones auditivas, para llegar a la zona de Wernicke, pone en juego la parte diencefálica del cerebro, así pues el hipotálamo, cuyo papel en los fenómenos de la afectividad es conocido. Considerando las cosas en términos neurológicos, se comprenden mejor las implicaciones entre la mala audición, la mala fonación y su resonancia afectiva, e incluso en algunos casos las perturbaciones de orden motor que puedan acompañarlas.

4. André Le Gall, "La corrección de algunas deficiencias psicológicas y psicopedagógicas a través del aparato de efecto Tomatis" (marzo de 1961).

(Traducido de "Pédagogie")

elementos de orientación escolar para problemas de salud mental

por el Dr. HERNAN MONTENEGRO

Los conceptos de higiene mental, prevención primaria y, últimamente, de psiquiatría comunitaria están produciendo un cambio en la orientación tradicional del médico psiquiatra.

La idea de tratar los trastornos mentales en establecimientos especiales, aparte del hospital general, está cediendo lugar a la idea de evitar hasta donde sea posible, la hospitalización del enfermo psiquiátrico. Esto plantea no sólo la necesidad de que el médico psiquiatra se integre al resto de las especialidades médicas, sino, lo que es tal vez más importante, de que recurra cada vez más a la comunidad, considerando sus diversas agencias como elementos coadyuvantes tanto en el tratamiento como en la prevención de las enfermedades mentales.

En el campo de la salud mental infantil, este nuevo concepto, lejos de no tener vigencia, ha sido ya puesto en práctica en muchos países.

Dentro de este esquema, la escuela figura como una de las agencias de la comunidad del más alto interés; como un aliado obligado del médico psiquiatra infantil para desarrollar acciones que propendan a mejorar la salud mental del escolar, tanto por razones de orden práctico como teórico. Desde luego, existe el hecho real de que hay países, sobre todo aquellos en desarrollo como el nuestro en los que, debido a que los recursos humanos especializados son y continuarán siendo extremadamente limitados en proporción a la magnitud del problema (1), se hace necesario diseñar estrategias que permitan extender al máximo el campo de acción de los especialistas. Sus colaboradores más inmediatos en difundir las acciones de salud mental, deben ser el médico pediatra y el maestro, por la situación estratégica en que se encuentran en su quehacer diario frente al niño.

Después del hogar, la Escuela es el medio ambiente que ejerce tal vez mayor influencia en el desarrollo de la personalidad del niño. Es en el medio escolar donde muchas veces se pondrán de manifiesto alteraciones conductuales o emocionales, a veces, independiente, o bien asociadas a anomalías en las funciones intelectuales.

Se estima que el profesor está en condiciones excepcionalmente ventajosas para participar en la identificación de trastornos emocionales, conductuales y del aprendizaje en el niño. Estas condiciones son aún en muchos casos, mejores que las que poseen los propios padres o el médico pediatra para este objeto. Entre las razones para que esto sea así pueden mencionarse las siguientes:

1) El profesor posee un contacto regular y continuo con

el niño, durante gran parte del día y la mayor parte del año. Esto les permite conocer su conducta en una gama variada de situaciones, especialmente en el área de las relaciones interpersonales.

2) El profesor tiene la oportunidad de conocer una extraordinaria variedad de conductas de los distintos y numerosos niños que pasan por su clase. Desde este punto de vista posee en general, muchos más elementos de comparación o de juicio que un padre de familia, quien a veces conoce sólo la conducta de sus hijos para juzgar cuando un comportamiento es normal o patológico.

3) A lo anterior debe sumarse el hecho de que, en los medios socioeconómicos más bajos, el profesor posee un nivel cultural muy superior al de los padres de sus alumnos. Esto, en términos de prevención secundaria, es de gran importancia en las clases sociales más necesitadas, donde es sabido, existe una gran tolerancia por los trastornos psiquiátricos en general. Así, gracias a la intervención del profesor a través de la escuela, existe la posibilidad de que un niño que presenta una anomalía psíquica pueda obtener un tratamiento oportuno aún cuando a los padres, o bien no les llame la atención o, reconociéndola, no hayan buscado la ayuda profesional necesaria.

ALGUNOS INDICADORES SOBRE LA MAGNITUD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Los estudios de prevalencia efectuados en nuestro medio, permiten establecer que alrededor de un 15% a un 20% de la población adulta presenta algún tipo de enfermedades psiquiátricas.

En EE. UU. la mitad de las camas de hospital están ocupadas por enfermos mentales.

Aún cuando no disponemos de estudios completos que hayan determinado la prevalencia de trastornos psíquicos en nuestra población infantil, los estudios efectuados en el extranjero, fundamentalmente en países anglosajones, coinciden en señalar que por lo menos un 10% a un 12% de la población escolar presenta trastornos emocionales o conductuales que requieren tratamiento (2).

Suponiendo que estas cifras pudieran extrapolarse a nuestro país, el que en 1969 poseía una población escolar de 2.500.000 alumnos, significaría que alrededor de 250.000 niños y adolescentes tendrían necesidad de atención psiquiátrica.

La UNESCO, en 1964, emitió un informe en el que señaló

(1) Baste mencionar el hecho concreto de que en nuestro país no existen más de 20 médicos dedicados de alguna manera a la psiquiatría infantil.

(2) Estos estudios no discriminan entre grupos poblacionales que marcadamente presentan distintos riesgos de enfermedad psiquiátrica, sea por edad, sexo y, sobre todo, por clase social.

que alrededor de un 34% de los niños chilenos abandonan la escuela después del primer año y, aproximadamente, el 50% después del tercer año básico. Contrariamente a lo que se suponía la razón no es de tipo exclusivamente socioeconómica. En una encuesta realizada en el Gran Santiago se pudo comprobar que la deserción escolar se debía, en el 30% de los casos, a dificultades de aprendizaje. El factor económico sólo daba cuenta de un 19% de dicha deserción.

EN QUE FORMA EL PROFESOR PUEDE CONTRIBUIR A MEJORAR LA SALUD MENTAL DEL ESCOLAR

Las cifras sobre magnitud del problema anotadas anteriormente no necesitan comentario. Es absolutamente indispensable que, dada la enorme desproporción entre los recursos médicos especializados y la cuantía o el problema, exista una rápida capacitación progresiva, entre otros profesionales del maestro, para manejar al menos parte del problema. Es indudable que el psicólogo, el pediatra, la asistente social, la educadora familiar, etc. también deben incorporarse a esta labor.

1º Un rol importante que le cabe al maestro en este sentido es ante todo la **identificación o detección de los problemas emocionales o conductuales** en el medio escolar. Es decir, debe estar capacitado, ante todo, para determinar cuándo una conducta determinada es normal o patológica. Indudablemente que el concepto de "normalidad" en la conducta humana dista mucho de ser algo fácil de determinar. Por lo demás, este tema ha sido motivo de múltiples investigaciones, no desprovistas de las consiguientes controversias. En todo caso, es un asunto bastante complejo y que requiere un enfoque necesariamente multidisciplinario (psicológico, psiquiátrico, sociológico, antropológico, etc.) Como no es el propósito de esta publicación ahondar en este aspecto, sino proporcionar elementos de orden muy práctico que sirvan de guía al profesor, se seleccionaron los criterios que a continuación se señalan, de acuerdo con las recomendaciones de E. Bower. Para facilitar esta labor, estima que los siguientes cinco indicadores, cuando se dan cualesquiera de ellos en un niño **por un período de tiempo prolongado y en forma marcada, SON SINTOMAS DE LA POSIBLE existencia de una anomalía:**

- a) **Inhabilidad para aprender**, que no puede ser explicada por factores sensoriales, intelectuales o de salud.
- b) **Inhabilidad para formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias** con compañeros y/o profesores. Por ejemplo, incapacidad de hacer amigos o integrarse al grupo normalmente.
- c) **Reacciones y sentimientos inapropiados bajo condiciones normales**. Por ejemplo, reacciones desproporcionadas ante órdenes comunes impartidas por el profesor, conducta impulsiva o exceso de agresividad frente a provocaciones comunes y triviales de los compañeros; o bien, inhibiciones extremas frente a interrogatorios orales, etc.
- d) **Un aire general de tristeza o depresión**. Por ejemplo niños que rara vez sonríen o que carecen de esa alegría vital tan características de la infancia.
- e) **Tendencia a desarrollar síntomas físicos** (dolores o malestares vagos) o temores asociados con las actividades escolares.

2º Un segundo grupo de problemas que el profesor debe enfrentar con mucha frecuencia lo constituyen los **trastornos del aprendizaje**.

No obstante existir en los niños afectos de este tipo de problemas un denominador común fácilmente observable,

(**"el niño no aprende"** al ritmo y con la facilidad que el común de los compañeros), las causas de esto pueden ser múltiples.

Analizaremos primero el **pseudorretardo (pseudodeficiencia mental)**.

Existen por lo menos tres grandes factores que pueden redundar en un bajo rendimiento intelectual en el niño, aparte de un retardo mental real.

- a) **Factores relacionados con deficiencias sensoriales** especialmente visuales y auditivas. Es perfectamente posible que un niño que no ve o que no oye adecuadamente tenga, debido a ello un bajo rendimiento escolar.
- b) **Enfermedades crónicas**, convalecencia de enfermedades graves o estados de desnutrición avanzados, pueden repercutir desfavorablemente en su rendimiento intelectual.
- c) **Defectos o variaciones estructurales y de maduración del Sistema Nervioso Central**. En este grupo se encuentran aquellos niños con enfermedades orgánicas cerebrales en sus distintos grados y los trastornos del desarrollo en ciertas funciones intelectuales específicas (perceptivas, de integración de funciones, etc.)
- d) **Problemas emocionales**. Es un hecho que al tener el niño, al igual que el adulto, algún conflicto emocional que lo preocupe, le impedirá una buena concentración en sus estudios.

El tratamiento en estos casos comienza por reconocer el problema con el objeto, en primer término, de no agravar la situación mediante castigos, burlas o reprimendas. Es decir, se tratará de evitar responsabilizar al niño de algo que él no puede remediar. Esta actitud debe ser compartida tanto por el profesor como por los padres.

En forma paralela deberán proporcionarse las medidas terapéuticas específicas, sean éstas de orden médico o pedagógico, según el caso.

Otra forma bastante común de presentarse un problema de aprendizaje en los primeros años de enseñanza básica, es bajo el rótulo general de que **"el niño no aprenda a leer"**. Obviamente, y como consecuencia de ello, el niño queda imposibilitado de aprender una serie de otras asignaturas para las cuales la lectura es básica.

Contrariamente a lo que podría pensarse no todos estos casos presentan **Dislexia** (Ver Capítulo VI).

A este respecto, es útil la clasificación que Eisenberg propone para abordar el problema del retardo lector:

RETARDO LECTOR

1. Factores sociológicos y psicológicos.

- a) Defectos cuantitativos y cualitativos de la enseñanza.
- b) Deficiente estimulación cognitiva en edad preescolar.
- c) Deficiente motivación para aprender:
 - por patología social.
 - por psicopatología del niño (causa "emocional").

2. Factores psicofisiológicos.

- a) Débiles Generales
- b) Defectos sensoriales
- c) Deficiencia mental
- d) Daño cerebral
- e) Inhabilidad específica para aprender a leer (idiopática) o **dislexia de evolución**.

Como puede apreciarse existe una vasta gama de factores socioeconómicos y culturales que inciden en el problema.

Se sabe que el retardo lector, al igual que muchos otros problemas de salud mental, no se distribuye por igual en las diversas clases sociales. Es en los niños de niveles socio-económicos más bajos donde su prevalencia es más

alta. La explicación de este estado de cosas es múltiple. Son los niños de estos sectores de la población los más castigados por los efectos de una nutrición inadecuada, de una depravación de varios estímulos sensoriales que irán entrenando su percepción, atención, memoria, etc., en el período preescolar, de un inadecuado enriquecimiento de su lenguaje, de una inadecuada motivación para aprender. Por otra parte, una vez integrados al sistema educacional, quedan generalmente ubicados en clases con una sobrepoblación antipedagógica, teniendo además para aprender conforme a programas diseñados según standards de clase media, etc.

LA ESCUELA COMO CAUSA DE PROBLEMAS PSIQUIATRICOS

A pesar de los extraordinarios progresos que se han efectuado en el campo educacional, se hace necesario señalar bajo este encabezamiento, los factores que, teniendo su origen en los vacíos que aún presenta el sistema educacional, van a repercutir en forma negativa en la salud mental de los escolares.

1. **Factores de tipo general:** Es un hecho desafortunado hoy día que la Educación Especial pueda ofrecer tan limitadas posibilidades al niño que presenta cualquier trastorno del aprendizaje, (sea éste debido a un retardo mental en cualesquiera de sus grados educables, o un trastorno del desarrollo de ciertas funciones intelectuales como la Dislexia de avolución, cuya prevalencia se ha estimado en alrededor de un 15% de los niños o alteraciones de tipo orgánico cerebral, etc). Este estado de cosas significa para muchos niños abandonar el sistema escolar en forma precoz y definitiva con la consiguiente limitación grave de oportunidades en su vida futura. Agréguese a esto la pérdida de tiempo y dinero para el Estado durante un período generalmente de 3 años, ya que con el sistema de promoción automática, los niños que presentan algunas de las limitaciones antes mencionadas, se arrastran penosamente durante los tres primeros años básicos, terminando en el mejor de los casos como semianalfabetos. Pero la gravedad de esta situación no se circunscribe a los efectos ya anotados. Con muy contadas excepciones estos niños no son diagnosticados a tiempo. De esta manera pasan generalmente varios años sometidos a todo tipo de estigmatizaciones y castigos injustos, no sólo por parte del profesor sino que, también de los padres. (Según un informe de la UNESCO en 1965, el 50% de los niños de Chile, que cursaban tercer año, tenían más de dos años sobre la edad normal para ese nivel). Esto crea graves problemas emocionales, complejos de culpabilidad, de inferioridad, etc., o bien, graves problemas de conductas relativos a su trastorno de aprendizaje.

Otro factor de tipo general que muchas veces viene a agravar cualesquier trastorno leve de aprendizaje en un niño, es el exceso de alumnos por clase que desgraciadamente prevalece en algunas escuelas.

2. **Factores de tipo individual:** Aún cuando el lema "la letra con sangre entra" pertenece a las anécdotas del pasado, existen aún más resabios de su aplicación de lo que fuera deseable esperar. Aún existen profesores que siguen usando el ridículo, los gritos o el castigo físico en el aula escolar. En la mayoría de los casos esto se debe a problemas de personalidad del profesor. A veces es muy decididamente diferente con distintos profesores. En aquellos casos en que determinado alumno presente

una conducta disruptiva, es conveniente plantearse en primera instancia no "cómo corregirlo" sino que "qué hay detrás" de una conducta anormal, es decir, cuál es su significado. La misma consideración vale para su rendimiento escolar deficiente en forma mantenida.

A este respecto será útil tener en cuenta como posibles factores sociales que puedan "estar detrás" de una conducta o rendimiento anormal situaciones tales como la desintegración o anormal constitución de la familia, la conciencia por parte del menor de su inferioridad social o económica frente al resto de sus compañeros, la inseguridad afectiva, etc.

En los niños provenientes de hogares muy pobres, puede darse el caso de que el menor deba trabajar en sus horas libres, a veces, en la vía pública vendiendo diversos objetos o bien en pequeños talleres ayudando a sus padres. Esto, naturalmente le producirá una fatiga que impedirá un buen rendimiento escolar.

Otro hecho que suele ser fuente de problemas en las relaciones maestro-alumno es el desnivel social, que a veces, trae aparejada una falta de conocimiento por parte del primero, de la cultura, o mejor dicho, sub-cultura del grupo social en que éste debe desempeñarse. Esto es particularmente relevante en cuanto a juzgar como inadecuadas conductas, lenguaje o hábitos que son normales para ese grupo social y que no lo serán, por ejemplo, para los standards de la clase media de donde proviene el profesor.

Es importante destacar, en este sentido, la forma cómo, durante mucho tiempo, la educación ignoró la existencia de niños pertenecientes a grupos sociales minoritarios. Sólo recientemente, se está adecuando el material escolar para los niños provenientes de grupos sociales marginales. En EE. UU., por Ej. hace muy poco que se han introducido dibujos de personajes de color, en los libros de lectura que usan los niños negros.

Es ésta una necesidad imperiosa, no sólo en lo que respecta al material de enseñanza sino que a técnicas especiales dirigidas a compensar las múltiples desventajas que estos niños padecen cuando se incorporan al sistema educacional.

Una de estas desventajas, mencionada a propósito del retardo lector, es falta de **motivación para aprender**. Estos niños rara vez han visto un libro o una revista en sus casas y desconocen por completo los beneficios que esto reporta. Rara vez han visto a sus padres leyendo y muchas veces los han oído expresarse despectivamente de aquellos que lo hacen o tienden a superarse intelectualmente. Para atenuar esta deficiencia se han realizado experiencias muy alentadoras empleando técnicas de condicionamiento operante (basadas en las teorías del aprendizaje y los reflejos condicionados). Se trata, en términos generales, de reforzar el hábito de estudiar mediante recompensas concretas y altamente motivantes para este tipo de niños. Se parte de la base que ellos no están acostumbrados a recibir recompensas de tipo simbólico, como son las notas por ejemplo, por conductas que se consideran deseables. Existe también en ellos, en alguna medida, una falta de entrenamiento previo en posponer gratificaciones inmediatas.

ROL DEL PROFESOR ANTE UN ALUMNO CON PROBLEMAS EMOCIONALES O DE CONDUCTA

Una parte importante del problema del niño podrá eventualmente disminuir al existir, al menos, una **actitud** de comprensión de éste, por parte del profesor. Esta sola actitud de reconocer que debe existir algo que "esté de-

trás" de una conducta anormal en el niño, significará desde luego que ese profesor que ha detectado el problema, evitará poner énfasis en las sanciones.

Siempre será deseable que el profesor dedique un tiempo a sostener una entrevista individual con el alumno, evitando hasta donde sea posible que el resto de sus compañeros se entere de ella. En dicha entrevista se tratará de crear una atmósfera aceptadora, en ningún caso de crítica y en que se le haga saber al alumno que motiva la preocupación del profesor, el deseo de éste de ayudarlo y la confidencialidad que se tendrá en la información que él proporcione. Conviene sí, antes de tocar temas conflictivos, dedicar algunos minutos de la entrevista a conversar sobre temas neutros, tales como sus entretenimientos favoritos, sus preferencias en deportes, actividades de los fines de semana, etc. Esto permitirá que el niño se relaje un poco de la tensión que significa haber sido citado solo, a una conversación con su profesor, quien demostrará un genuino interés por cualquier tema que espontáneamente desea abordar el menor. Se explorarán posteriormente las áreas de relación con compañeros, amigos, hermanos y padres. En relación a esto último conviene, sobre todo cuando se evidencia cierta timidez o inhibición, facilitar la posibilidad de que el niño ventile sus problemas en relación con preguntas tales como: "me ha tocado conocer niños que tenían conductas muy parecidas a las tuyas y que conversando con ellos resultó que tenían problemas en su casa", o bien ofrecerle alternativas tales como "que sus padres los castigaban mucho o que preferían a uno de sus hermanos o que se peleaban los padres entre sí o que sus amigos lo trataban mal y no lo aceptaban, etc.". Es útil tratar de averiguar también, qué le sucede al niño en la casa, cuando llega con malas notas o comunicaciones sobre mala conducta del colegio.

Tanto en aquellos casos en que a través de una entrevista con el niño se detectara un posible elemento causal del problema, como en aquellos en que, por su corta edad o razón social ésta no pudo realizarse, deberá el profesor citar en lo posible a ambos padres para conversar sobre el problema que el niño presenta. Esto le permitirá conocer, en alguna medida, posibles actitudes hostiles (forma muy negativa de referirse al hijo, tipos de castigos empleados, comparaciones desfavorables frente a los otros hermanos, etc.) o de excesiva sobreprotección, actitud que siempre debe tenerse presente en niños que no se aceptan, normalmente, separarse de la madre los primeros días o meses de la vida escolar. A este respecto es conveniente recalcar que siendo éste un problema relativamente frecuente al empezar el niño su asistencia a la escuela, el profesor puede manejar la situación sin recurrir al médico. Basta la mayoría de las veces, con instruir a los padres en el sentido de no permitir que el niño se quede en la casa y tenga una actitud en general más firme que él, junto con aumentar su independencia para que su angustia de separación desaparezca. Esta suele manifestarse en algunos casos con dolores abdominales, de cabeza o vómitos en los momentos antes de salir de la casa y no presentarse, característicamente, los fines de semana o períodos de vacaciones.

Otras veces este aparente rechazo a la escuela, sobre todo en niños pequeños, traduce sólo una conducta manipulativa e inmadura, cuando han sido criados en una atmósfera excesivamente indulgente o tolerante.

Desgraciadamente la creencia común, tanto de padres como profesores, respecto al síndrome que se acaba de describir es que debe permitirse al niño quedarse en casa

cuando rehuse ir a la escuela, en la esperanza de que, dejando pasar algún tiempo, desaparecerá espontáneamente su resistencia. Los hechos demuestran que la realidad es justamente inversa. Mientras más tiempo pase, más difícil resulta la adaptación del niño ya, que su inmadurez social tenderá a aumentar. Puede en ocasiones permitirse que la madre se quede en la escuela por un rato los primeros días por tiempo progresivamente más cortos, pero en ningún caso mandar de vuelta al niño a su casa.

Sólo en aquellos casos en que las medidas indicadas no surtieran efecto y que, a pesar de ellas, se mantuviera el problema en forma invariable y prolongada, deberá el caso ser referido al especialista.

En la entrevista con los padres se explorarán, en líneas generales, posibles situaciones traumatizantes para el niño, que puedan explicar su conducta anormal.

En un número importante de casos podrá comprobarse que los problemas del niño se deben, a veces, a simple ignorancia de los padres sobre nociones elementales de psicología infantil. Otras veces, el profesor, haciendo uso sólo de su sentido común podrá aconsejar a los padres sobre la forma de tratar a su hijo y corregir así su trastorno emocional o conductual.

Lo que se desea enfatizar a este respecto es que el profesor está capacitado en muchos casos para resolver problemas emocionales y conductuales en el medio escolar sin necesidad de recurrir al especialista. Sería utópico pretender que los recursos de especialistas actuales puedan en un futuro previsible, abarcar la totalidad de los problemas de salud mental infantil.

Todo lo que el profesor puede hacer en el sentido de perfeccionar sus conocimientos de psicología infantil redundarán en dar una educación más integral a sus alumnos. Entre los múltiples libros de consulta al respecto se recomienda el de "Psicología Infantil" de A. Jersild.

En términos muy generales podría decirse que aquellos casos en que sólo a través de una modificación ambiental es posible modificar favorablemente una actitud errónea de los padres, o determinadas condiciones del medio en que el niño se desenvuelva, son susceptibles de ser manejados por el profesor.

Cabe hacer notar, finalmente, que la causa de un problema emocional o conductual puede tener su origen en la escuela misma, como ya se dijo. Esta puede ser desde un temor al profesor, exceso de exigencias escolares o de rigidez en la disciplina, hasta un trastorno de aprendizaje. El niño que sistemáticamente se ve frustrado en su afán de aprender y que se compara con sus compañeros puede desarrollar problemas conductuales reactivos a su desventaja. Lo mismo le puede suceder incluso, al niño cuyo nivel intelectual esté por encima del promedio. En este último caso el solo aburrimiento que significará para él esperar que el resto de la clase comprenda después de muchas explicaciones un tema que él captó fácilmente, lo puede llevar a actitudes y conductas inadecuadas para con sus compañeros o el profesor. Si este fuera el caso, la solución puede estar en permitirle avanzar a los cursos superiores más rápidamente.

ALGUNAS NORMAS PARA ABORDAR PROBLEMAS SEXUALES EN EL ESCOLAR

Resulta demasiado obvio en realidad, enfatizar de partida que la mayoría de estos problemas derivan de una inadecuada y muchas veces inexistente educación sexual.

Esto debería hacer pensar a los adultos en su responsabilidad, cada vez que algún menor exhibe algún problema de este tipo. Desgraciadamente, la reacción de algunos profesores no es ésta y siguen llegando a consultorios médicos menores que han sido expulsados de la escuela, como única medida, por haber sido descubiertos en juegos sexuales dentro de ella. Esto, no sin antes haber sido estigmatizados con los peores epítetos en que se les enrostraba su "depravación" y se "suscitaba" un gran escándalo en la familia. Esta, sin disponer por lo general de mayores luces, cree la opinión del profesor y agrega a la sanción escolar otra no menos severa. Valga desde luego, en relación a lo anterior, dos consideraciones de orden práctico.

La primera se relaciona con la masturbación. Es ésta una actividad totalmente normal dentro del desarrollo sexual, sobre todo durante la adolescencia. Es absolutamente falso que ésta produzca retardo mental, homosexualidad, disminuya la movilidad de los espermios y otras tantas calamidades que la creencia popular se ha encargado de difundir.

En segundo término, debería recalarse el hecho de que las relaciones homosexuales en niños menores, en general, de 10 a 12 años, carecen de correlación con la homosexualidad adulta. Es decir, deben considerarse no como actos homosexuales en donde va implícito un componente psicológico que lo define, sino simplemente como juegos sexuales o más propiamente juegos genitales.

Naturalmente, que si en un niño se dan estos juegos genitales no como hechos aislados, sino en forma marcada y permanente, la actitud en estos casos no será sólo tener una conversación con el muchacho en que se le aconseje la inconveniencia de tales conductas sino, remitirlo al médico psiquiatra infantil. En estos casos, generalmente se descubre que el niño está siendo sometido a una sobreestimación sexual por parte de algún adulto, o bien, que realiza este tipo de actividades como una forma vicariante de obtener gratificaciones que no está obteniendo por los canales normales, sobre todo en el plano afectivo.

De más está recalcar la absoluta confidencialidad con que deben manejarse por parte del profesor los casos de niños que hayan presentado este tipo de problemas en la escuela.

Resulta una necesidad imperiosa comenzar a impartir educación sexual en la escuela. Esta debe comenzar no a la edad de la adolescencia como se piensa erróneamente, sino desde el primer año básico. El ideal es que esta instrucción no se efectúe en horas especiales como asignatura aparte, sino que al tratar el o los maestros, diferentes materias vayan incorporando esta información en forma progresiva. Tampoco tiene sentido la disputa de si esta educación debe darse en el hogar o en la escuela. No hay ninguna razón para plantear esta alternativa ya que naturalmente el niño comienza a inquirir información sobre aspectos sexuales desde sus primeros años y esta información debe ser proporcionada por los padres en el hogar. De ahí la necesidad de que a través de los Centros de Padres puedan coordinarse planes encaminados a cubrir esta necesidad educacional. Uno de los conceptos básicos que debe informar cualquier programa de educación sexual es que no sólo se trata de proporcionar conocimientos sobre la reproducción, sino que, simultáneamente, hay que destacar la importancia de los aspectos psicológicos en las relaciones sexuales con particular énfasis en la relación amorosa.

Nuevamente, y al igual que frente a un problema emocional o conductual, la **actitud** que el maestro tenga hacia ese alumno que no aprende normalmente, influirá enormemente en ayudar a compensar su bajo rendimiento.

Este solo hecho contribuirá, al menos, a no agregar un trastorno emocional al ya existente de aprendizaje. Esta actitud de comprensión evitará las sanciones injustas que suelen darse si se mira a priori su bajo rendimiento, en forma simplista, sólo como un indicador de torpeza o flojera por parte del alumno.

Desde un punto de vista práctico, resultará siempre útil antes de recurrir a otros profesionales, tener una entrevista individual con el alumno con el objeto de explorar posibles factores de tipo ambiental que puedan estar influyendo negativamente en el niño. Ya se señalaba anteriormente que la línea divisoria entre problemas de aprendizaje por una parte, y problemas emocionales y conductuales por otra, no es de ninguna manera nítida y que es totalmente posible que un tipo de problema pueda generar secundariamente al otro y viceversa. De esta manera será pertinente, en estos casos, dilucidar posibles conflictos emocionales. Puede suceder que lo que aparece como rendimiento disminuido frente al grupo, mejore ostensiblemente en una entrevista individual. Se ha mencionado ya el bloque emocional que se les produce a ciertos niños frente a un interrogatorio oral. Se sabe, que, en la lectura por ejemplo, un alumno al leer en voz alta frente al curso, puede cometer múltiples errores que semejen los de una dislexia, pero que en una evaluación de tipo individual, desaparezcan todos ellos. Lo mismo cabe decir con respecto a ciertos trastornos del lenguaje. Es conocido el hecho de que la tartamudez, por ejemplo, aumenta notoriamente cuando el individuo debe hablar en público; así resulta aconsejable en estos casos (aparte de un tratamiento rehabilitador específico) que el profesor no exija al alumno interrogatorios orales sino escritos. Valen en relación a las áreas que deben explorarse en esta entrevista individual, los factores a que se hacía mención cuando se analizaron las formas cómo la escuela podía ser fuente de trastornos psiquiátricos y las causas de retraso lector o de pseudorretrato mental.

Cuando se sospecha que el mal rendimiento escolar se pueda deber a un retardo mental (bajo rendimiento en todas las asignaturas que requieran cierta capacidad de abstracción, antecedentes de retraso en el desarrollo psicomotor, ausencia de los factores ambientales mencionados o de deficiencias sensoriales o físicas, etc.) se deberá tratar de confirmar esta sospecha con un examen psicométrico lo más completo posible. A este respecto conviene recalcar que prácticamente no existen tests de inteligencia que puedan eliminar el factor cultural como causa de un bajo rendimiento intelectual. De esta manera cabe tener presente que un determinado C. I., particularmente aquellos del rango limitrofe (70-90) y aun aquellos leves cercanos a 70, no necesariamente traducen un bajo **potencial** de inteligencia. Es más, el rendimiento de un niño en un test cualquiera puede estar influenciado negativamente por angustia, amor, cansancio, sueño, hambre, etc. En todo caso lo que se pretende destacar es que no se puede rotular definitivamente a un niño una cifra, ni mucho menos tomar la cifra dada como C. I. en forma rígida, absoluta o inmodificable. De ahí la necesidad de repetir estos exámenes en la medida

que sea posible, después de cierto tiempo que el psicólogo determine.

Identificación de la dislexia

No obstante no existir aún acuerdo unánime sobre cuándo debe comenzar a sospecharse este diagnóstico, desde un punto de vista operacional, podría decirse que si un niño, determinando su primer año básico, no ha aprendido a leer prácticamente nada, debe investigarse este trastorno.

Nuevamente conviene dejar claramente establecido a este respecto que una cosa es retardo lector y otra es la llamada dislexia de evolución (o inhabilidad específica para aprender a leer) o *Strophosymbolia* (torcer símbolos). Esta última es sólo una de las muchas causas que puede explicar lo primero.

Definición

Incapacidad para aprender a leer (interpretar símbolos escritos) en relación al grupo (compañeros de clase de edad semejante), que no puede explicarse por retardo mental, déficits sensoriales, visuales o auditivos o factores negativos de tipo socio-cultural, emocional u orgánicos.

Etiología

La dislexia de evolución se considera como un trastorno del desarrollo de las funciones involucradas en el aprendizaje de la lectura. Existen numerosos estudios (Hallgren entre otros), que demuestran con un alto grado de probabilidades que este trastorno se hereda en base a una transmisión autosómica dominante. Es decir, que la dislexia específica está condicionada genéticamente en una proporción importante de los casos.

Al decir dislexia "de evolución" o "específica" se dijo que se eliminaba de esa categoría las de causa orgánica. A este respecto cabe una distinción que, aun cuando carece de importancia práctica, clarifica conceptos. Existe efectivamente una dislexia que, desde el punto de vista sintomático (de las alteraciones que el individuo presenta en su lectura y escritura), no se distingue en nada de la dislexia de evolución y que se debe a una disfunción cerebral de causa orgánica.

Diagnóstico

Lo ideal es que éste se efectúe desde un punto de vista pedagógico, neurológico y psiquiátrico.

Se analizará sólo el diagnóstico pedagógico

1. Discordancia entre el C. I. general y el nivel de aprendizaje en lectura y escritura.
2. Nivel de lectura y ortografía netamente por debajo del nivel de la clase, especialmente en los primeros años escolares.
3. Discrepancias entre el grado de adelanto alcanzado en otras asignaturas y la lectura.
4. Concurrencia de varios errores en forma inestable, en número y variedad mayor que el resto de su clase y que no son superadas en el tiempo que lo hace el resto de sus compañeros.

El examen pedagógico deberá siempre incluir una evaluación de:

a) **lectura** de letras, sílabas, palabras, frases y textos de

complejidad creciente. Es indispensable, cuando el niño tenga un nivel de lectura, evaluar también la comprensión de lo leído;

b) **escritura** que, a su vez, se dividirá en una copia de un texto **dictado** de complejidad creciente (sílabas, palabras y frases) y **redacción**.

Los errores más frecuentes encontrados son:

1. **Rotaciones** en la lectura y escritura de letras que tienen una distinta orientación en el espacio. Por ejemplo: b por d, p por q, u por n, etc.
2. **Confusión** de consonantes que presentan una grafía similar (m por n, l por ll, n por ñ, etc.).
3. **Inversiones** parciales o totales al modificarse la secuencia correcta de letras, sílabas o palabras. Ejemplo: los por sol, en por ne, pata por tapa, la por al, es por se, etc.
4. **Omisiones** de una o varias letras en una palabra. Ejemplo: tempo por tiempo.
5. **Agregados** de letras o sílabas. Ejemplo: mamama por mamá.
6. **Contaminaciones**, cuando una sílaba o letra de una palabra se mezcla con la siguiente alterando su comprensión. A veces suprimiendo algunas letras o sílabas propias de la palabra. Ejemplo: pata por plata.
7. **Asociaciones o disociaciones**, al separar erróneamente las sílabas de una palabra.
8. **Sustitución** de una palabra por otra de significado parecido o de apariencia similar.
9. Dificultad de mantener el lugar correcto mientras se lee.
10. Dificultad de pasar con seguridad del extremo derecho de la línea al extremo izquierdo de la siguiente.

Además de estos errores en particular, se debe evaluar la lectura en general que resulte silábica o titubeante, monótona sin inflexiones, que ignore la puntuación, sea demasiado rápida y a saltos, con tono demasiado bajo o demasiado alto, etc.

5. Posibles alteraciones del lenguaje.
6. Dificultades en la lateralidad.
7. Dificultades en la organización del esquema corporal, de organización espacial o temporal.

Una vez establecido el diagnóstico de dislexia, deberá explicarse este hecho claramente a los padres de los niños, para aliviar su culpabilidad y adecuar el trato al hecho de que el niño no es responsable de su deficiencia.

La rehabilitación de la dislexia debe efectuarse con técnicas especiales. Entre ellas cabe mencionar el método propuesto por Mme. Borel-Maisonny y Chausagny. Borel enfatiza que primero debe enseñarse a leer y después a escribir. Orton, uno de los pioneros de esta materia, propone un método de reeducación basado fundamentalmente en un análisis de los elementos más simples que componen la palabra escrita.

Existen otras técnicas basadas fundamentalmente en reforzar a través de un canal sensorial en que no haya perturbaciones perceptuales, el símbolo que desea enseñarse. Por ejemplo, el método Kinestésico.

Cualquiera sea la técnica que se use, ésta debe ser individual o en pequeños grupos, con una frecuencia aproximada de 2 a 3 clases semanales.

Es importante que el profesor se ponga de acuerdo con

la persona que está haciendo la reeducación, por varios motivos. Primero, porque el ideal es que el niño no tenga clase de lectura sino con el reeducador (es difícil que coincidan los métodos de enseñanza de lectura). De esto se desprende que el niño no debe tener notas en lectura y escritura. Además, será importante poder evaluar otros aspectos del rendimiento escolar por parte del reeducador.

Desgraciadamente, las posibilidades concretas actuales de reeducación especializada para un niño disléxico son extremadamente limitadas, especialmente en los niveles socioeconómicos bajos. Todo lo que pueda hacerse para habilitar clases especiales, dentro de las mismas escuelas regulares, a cargo de profesores que se hayan entrenado específicamente para este objeto, contribuirá a paliar la desproporción entre la magnitud del problema y los recursos humanos actualmente existentes.

BIBLIOGRAFIA

— Bower, E. M. (1960). Early Identification of Emotionally Handicapped Children in School. Charles Thomas —Publisher— Springfield, Illinois.

— Braslensky, B. P. (1962). La Querrela de los métodos de la enseñanza de la lectura. Editorial Kapeluz. Bs. Aires.
— Caplan, G. (1961). Prevention of mental Disorders in Children-Basic Books, Inc. Publisher. New York.
— Eisenberg, L. (1966). Reading Retardation: I. Psychiatric and Sociologic Aspects. Pediatrics, Vol. 37, 2, pp. 352 — 365.
— Eisenberg, L. y Connors, K. (1966) The Effects of Head-Start on Developmental Processes. Trabajo presentado al Simposium sobre Retardo Mental organizado por la Joseph P. Kennedy Jr. Foundation. Abril 1966. Boston, Massachusetts.
— Eisenberg, L. Landowns, E. J. Wilner, D. M. y Imber, S. D. (1962) The use of Teacher Ratings in a Mental Health Study, a method for measuring the effectiveness of a Therapeutic Nurse program Amer. J. Publ. Health, 52, pp. 18. 28.
— Instituto Interamericano del Niño (1965). Dislexia Escolar. Montevideo —Uruguay.
— Money, J. (1966). The Disabled Reader. Education of the Dislexid Children. The Johns Hopkins Press. Baltimore.
— Montenegro, H. (1969). Estudio Preliminar para determinar la Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en un sector poblacional de Santiago a nivel escolar. Trabajo presentado al Simposium de Psicopatología Infantil organizado por la Academia Americana de Pediatría. Distrito XII. Rama Argentina. Junio 1969. Bs. Aires.
— Moya, L. Marconi, J. Horwitz, J. Muñoz L. Bahamondes, A., Saint Jean, H. (1969) Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago de Chile — Acta Psiquiátrica—Psicológica América Latina. 15, 137 i 148.
— Power, H. (1966). Problemas de Salud Mental de la Edad Escolar en el Gran Santiago. SNS.
— Rutter, M. (1967). A children's Behavior Questionnaire for Completion Psychiatric Assessment of The Children: I Interview with child. II Interview with Parent. Brit. J. Psychiat. 114, pp. 563 — 592
— Rutter, M. (1967) A children's Behavior Questionnaire for Completion by Teacher Preliminary Findings J. Child. Psychol. Psychiat., 8, pp. 1 —11

TEXTOS MEJORES - TEXTOS MAS MODERNOS - TEXTOS MAS ECONOMICOS

FONDO EDITORIAL EDUCACION MODERNA

San Francisco 831, Casilla 3942, Fonos 395797 y 381806 - SANTIAGO

ELABORADOS DE ACUERDO A LOS NUEVOS PROGRAMAS DE ESTUDIO 1971

NUEVOS TEXTOS - 1971

<i>TITULO DEL TEXTO</i>	<i>CURSO</i>	<i>AUTORES</i>
Viajando con Palabras	CASTELLANO 5.º Año Básico 6.º Año Básico 7.º Año Básico 8.º Año Básico	José Rodríguez S. Eliana Vásquez Q. Luis Wigdorsky V. Manuel Pereira L. Germán Rivera
Exploradores de la Ciencia	CIENCIAS NATURALES 5.º Año Básico 6.º Año Básico 7.º Año Básico 8.º Año Básico	Omar Romo V. María Luisa Moll Vladimir Rojas O. Omar Romo V. Vladimir Rojas O.
Surcos en el Tiempo	CIENCIAS SOCIALES 5.º Año Básico,	María L. Lardiez C. Luis Tomasevic A.
Surcos en el Paisaje	6.º Año Básico.	Agustín Gómez
Surcos en la Sociedad	7.º Año Básico	Oswaldo Rojas C. Mario Cárdenas V.
Surcos hacia el Progreso	8.º Año Básico	María L. Lardiez C. María Troncoso T.
Juguemos con los Números	MATEMATICAS 5.º Año Básico 6.º Año Básico	Teodoro Jarufe A. Roberto Herrera F. Hernán Grenett M. Oscar Brito G.
Material Cuisenaire	Láminas-Cuadernillos	Paulo Ferruz C.
Números y Conjuntos	ARITMETICA - GEOMETRIA 3.º y 4.º Año Básico (Un tomo) MATEMATICAS GLOBALIZADA	Prof. Carlos Silva C. Enrique Jara Urbina Hilda Gálvez Arce Alfonso Naranjo U.
Matemáticas Globalizada	1.º Año Básico 3.º Año Básico	Hernán Grenett M.
Cantemos Amigo	MUSICA 7.º Año Básico, 8.º Año Básico, 4.º Año (2.º Medio) 5.º Año (3.º Medio) 6.º Año (4.º Medio)	Luis Margaño Mena
Luz y Fantasía	ARTES PLASTICAS 5.º Año Básico 6.º Año Básico	Clara Romero C. Francisco Iriarte Nora Abaroa

FONDO EDITORIAL EDUCACION MODERNA

San Francisco 831 - Casilla 3942 - Fonos 395797 y 381806 - SANTIAGO

los niños autísticos

Por el Dr. LORNA WING

En 1943 el psiquiatra estadounidense Leo Kanner describió a un grupo de niños cuyo modelo de conducta anormal resultaba extraño y chocante, comportamiento al que dio el nombre de **autismo infantil avanzado** (early infantile autism). El mismo Kanner restringió este nombre a un grupo bastante reducido de casos, pero desde entonces la designación de "autismo" y el adjetivo "autístico" se han usado de modos muy diferentes, por lo cual mi deseo al comenzar este artículo es el de clarificar dicho término. Originalmente, la palabra **autístico** tuvo el significado de "socialmente alejado" y en psiquiatría todavía se usa en este sentido. Es así como pueden ser designadas como autísticas aquellas personas que, por ejemplo, padecen de depresión, una enfermedad orgánica al cerebro, esquizofrenia adulta, o bien aquellas personas excesivamente tímidas o de personalidad distante. Kanner tomó esta palabra y la usó respecto de un grupo específico de niños que entre otros síntomas juveniles manifestaban un apartamiento de la relación social. Se evitaría mucha confusión si se escogiera para esta designación un nombre completamente diferente, pero por ahora el rótulo de Kanner es el único ampliamente aceptado.

El autismo infantil es una especie de psicosis infantil. Cuando se llama psicótico a un niño, no se alude a una significación estricta. Esta designación implica sencillamente el hecho de que la conducta del niño es extraña e imprevisible, aun cuando se considere desde el punto de vista de su edad **mental**. Existen diferentes modelos de conducta psicótica en el niño, pero el autismo es probablemente el más común. De cada 10.000 niños, cuatro o cinco son afectados. Los síntomas pueden presentarse desde el mismo nacimiento, o bien pueden comenzar a manifestarse a la edad de dos años y medio. Durante la infancia, las psicosis pueden tener cualquier comienzo en cualquier momento, pero después de los dos años y medio el cuadro es casi siempre diferente del que presenta el autismo.

Afecta a los niños más que a las niñas en proporción de tres a cuatro veces mayor. Alrededor de un tercio o una mitad de los niños que manifiestan conducta autística padecen también anomalías obvias en su sistema nervioso central (v. gr. epilepsia, phenylketonuria, espasticidad). El resto se presenta físicamente sano, pero, al pesquisar cuidadosamente pueden detectarse anomalías en la niñez tardía.

Algunas descripciones de niños autísticos se concentran en los rasgos más singulares o más raros de su conducta, y dan sólo una pequeña idea de la vida real del niño. El mejor modo de describir un niño autístico consiste en comenzar con sus inhabilidades más relevantes, y luego considerar cómo reacciona el niño ante ellas y cómo éstas afectan su conducta.

Cuando son muy jóvenes, los niños autísticos actúan como si no tuvieran el sentido de la información que les llega del mundo exterior. Sus sentidos (audición, visión, tacto, gusto, olfato y sentido del movimiento) son normales, pero cuando los mensajes pasan por su cerebro, no se sitúan juntos en un cuadro completo. El mundo del niño autístico es por lo tanto un embrollo informe y caótico, no puede él predecir cuál será el suceso siguiente. Algunas veces el niño ignora las cosas que están sucediendo a su alrededor, porque este mismo contorno suyo carece para él de sentido. En otro tiempo, el niño encontraba un ruido molesto, una luz intensa o un tacto doloroso o molesto y él se tapaba los ojos y los oídos, se hacía a un lado o reaccionaba con miedo o furor. Aun otras cosas como un cubo de colores, un trozo de suave piel o el ruido de fricción de un juguete cualquiera lo fascinarán, y será absorbido por esas tan simples sensaciones. Nada se relaciona con nada, y nada proporciona a este niño ideas para una acción futura, excepto en los más sencillos niveles posibles.

Para él las palabras carecen de sentido lo mismo que los otros sonidos, por lo que el niño autístico es tardío en comprender y más aún en el uso del habla. Algunos niños autísticos enmudecen, pero es posible que aprendan a hablar comenzando por un prolongado período en el que hacen eco de palabras o frases con alguna o ninguna comprensión. Más tarde, el niño se da cuenta de que este tipo de habla tiene un uso práctico, pero se le hace difícil todavía usar palabras como elementos flexibles que pueden ser ordenados dentro de cierta variedad de modelos. En lugar de eso, el niño autístico utiliza unas pocas frases rígidas para todas las situaciones: por Ej., "Bye. bye hair" puede ser usado para indicar aversión por el lavado, el corte o el peinado del cabello. Esta rigidez conduce a la "inversión de los pronombres", manifestada en la frase "Do you want a biscuit" (¿Quiere usted una galleta) queriendo significar "I want a biscuit", (Quiero una galleta), dado que la primera frase es la que usa la madre del niño cuando intenta darle una galleta. La falta de habilidad en la ordenación de las palabras conduce a menudo a embrollar este orden: por ejemplo, "Take park to doggie" o bien "Have shake-milk please". Los niños pueden tener dificultad en controlar la sonoridad o el tono de sus voces, por lo que su habla puede sonar de modo plano y monótono o bajar y subir cuando no corresponde.

Los niños autísticos están mucho más impedidos que los sordos o los afásicos que también tienen serios problemas del habla, dado que no pueden hacer uso de ningún lenguaje no verbal. Los niños autísticos tienen gran dificultad para la comprensión tanto de lo que ven como de lo que oyen, de modo que les resulta imposible comprender o utilizar gestos o expresiones faciales ni tampoco usar

la mímica para transmitir lo que quieren decir ni demostrarlo con modelos u objetos reales. El niño autístico muy joven expresa sus necesidades mediante chillidos que profiere hasta que le es dado lo que desea, o bien llevando de la mano a una persona hasta el lugar donde está lo que desea. Estos niños padecen de los mismos problemas que aquellos que han quedado tempranamente sordos o ciegos, y poseen medios similares para tratar de compensar sus deficiencias. Ambos grupos exploran el mundo a través del tacto, el gusto y el olfato hasta mucho después del estado de bebés, del mismo modo que tienden a agitar y a girar sus manos ante los ojos, quizás a causa de que gustan de percibir los modelos de luz y sombra de este modo. Así también, cuando están excitados los niños autísticos corretean a saltos, se mueven girando el cuerpo rápidamente, agitan brazos y piernas y hacen cabriolas de todo tipo.

A menudo, estos niños tienen dificultad para distinguir los lados derecho e izquierdo. Encuentran, así, gran dificultad para ponerse la ropa por el lado correcto, dificultad que al implicar también las relaciones con el medio impide el desarrollo de una conciencia efectiva del medio social, por lo que el niño se manifiesta y apartado, en su primera edad. Tiene tendencia este tipo de niños a asustarse de cosas perfectamente inofensivas, debido tal vez a sencillas experiencias desagradables que no llegaron a comprender. Por el contrario, ignorarán los peligros reales, tales como el tránsito de vehículos en la calle, el fuego o el agua. Al ser incapaces de utilizar palabras, los niños autísticos no tienen juegos imaginativos, por lo general se ocupan ya sea en la simple manipulación de objetos sin preocuparse por el uso real de ellos, o bien en actividades destructivas tales como arrancar el papel mural.

La inmadurez social lleva a estos niños a causar algunos problemas tales como gritar en la calle, tomar cosas de las tiendas y dar puntapiés o mordiscos a las otras personas. El mundo del niño autístico es un mundo de perplejidad y temor, por lo que tiende a aferrarse a las pocas cosas que puede comprender. Esta es probablemente la razón por la cual muchos de ellos insisten en llevar consigo un determinado objeto a dondequiera que vayan, y la razón por la que coleccionan objetos en desuso (hojas, envoltorios de detergentes, guijarros, etc.) sin propósito aparente, o bien insisten en la misma rutina diaria sin desviarse de ella. Este patético intento de mantener un orden en un mundo carente de forma, obviamente resulta inadecuado, por lo que es frecuente que el niño padezca crisis de ira y temor en las que profiere fuertes gritos y se debate sin que pueda ser confortado.

Todo esto da como resultado un cuadro de serios impedimentos. No obstante, muchas personas que han tenido que vivir o trabajar con niños autísticos consideran que estos niños no son retardados en todos los aspectos sino que poseen algunas potencialidades que alcanzar. En cierto modo éste es el porqué que muchos de ellos se muestran alertas y resultan atractivos, y el porqué a veces son capaces de realizar del todo bien algunas cosas. Las áreas en las cuales ellos pueden desempeñarse bien son justamente aquellas que no requieren del lenguaje, tales como la música, la aritmética o ciertas habilidades mecánicas.

Los tests de inteligencia han demostrado que algunos de estos niños poseen un Coeficiente de Inteligencia (C. I.) normal, aunque muchos están por debajo de él y otros tantos ocupan rangos subnormales bastante bajos. Habitualmente, sin embargo, lo hacen mejor en los sub-tests no verbales que en los verbales.

La conducta que hemos descrito se manifiesta con mayor nitidez en los niños de edad inferior a los cinco años. Afor-

tunadamente hay cierta tendencia a que aquellos impedimentos más marcados disminuyan a medida que el niño crece, con lo que mejoran gradualmente los problemas secundarios de conducta. Los niños se van haciendo más conscientes del mundo, más afectivos y un poco más dispuestos a aprender y cambiar.

Es de extrema importancia el hecho de que el niño autístico pueda estar en un medio que aliente esta tendencia al mejoramiento. No hay un tratamiento médico para el autismo, pero los niños que lo padecen pueden recibir efectiva ayuda de la educación especial. Muchas personas que se desempeñan en este campo están de acuerdo en que es mejor para el niño vivir con su propia familia y asistir a una escuela o un curso especial donde pueda recibir abundante atención individual de parte de un profesor experimentado. Los métodos de enseñanza para autísticos incluyen el uso del equipo Montessori, lo mismo que aquellas técnicas utilizadas con niños sordos, ciegos y afásicos, debidamente modificadas según las necesidades especiales del niño autístico.

Desdichadamente, la provisión educacional varía considerablemente de una parte a otra del país, y en algunas áreas simplemente no existe. Por cierto, los padres no tienen oportunidad de hacer su elección, no hay flexibilidad en este sentido. Varias escuelas privadas que se ocupan de estos niños deficientes, particularmente aquellos asociados a la organización Steiner, han aceptado siempre un cierto número de niños autísticos hasta hace algunos años, y ésa fue la fuente más importante de educación para este grupo.

La Sociedad Nacional para el Niño Autístico fundó dos escuelas, una en Ealing y una en Kent, las que se ocupan exclusivamente de los niños que padecen autismo. Se han estudiado planes para crear más escuelas de este tipo en otras partes del país.

Algunas jurisdicciones educacionales locales han puesto en marcha pequeñas unidades exclusivamente dedicadas a la atención del niño autístico, las que funcionan vinculadas a veces a las escuelas especiales para otro tipo de deficiencias y otras veces funcionan con recursos propios. En aquellas áreas en que no existen unidades especiales, los niños autísticos pueden ser colocados en otras escuelas especiales —particularmente en aquellas para E. S. N. o para niños inadaptados—. Un reducido número de estos niños concurren por un tiempo a un pequeño curso en una escuela para niños normales, pero en tanto que, tras lograr adaptarse en buena forma a ello en la escuela infantil o juvenil, la tendencia posterior estriba en encontrar cada vez dificultades mayores en conservar esta adaptación cuando el resto del curso comienza a prepararse para los exámenes.

Muchos médicos y profesores han hecho hincapié en la importancia de la educación inicial tan pronto como ella sea posible, pero, con todo, son sólo unas muy pocas unidades pre-escolares las que acogen a estos niños. Algunas guarderías infantiles privadas aceptan uno o dos, y por otro lado algunas guarderías locales de jurisdicción, de funcionamiento diario, especialmente si poseen unidades para niños limitados, hacen un trabajo excelente. La Pre-School Play Groups Association está también interesada en ayudar a los niños incapacitados, incluyendo a aquellos que padecen autismo.

La conducta autística puede ser asociada a ciertas anomalías generalizadas, combinación de deficiencias que da origen a graves problemas de comportamiento. En el pasado, muchos de estos niños fueron excluidos incluso de los Junior Training Centres, pero hoy día los profesores

de dichos centros han comenzado a preocuparse por el problema. La dificultad mayor consiste en el déficit de personal, dado que estos niños requieren gran cantidad de atención individual para ayudarlos a adaptarse antes de que puedan ser incorporados a un grupo de trabajo. Las finalidades futuras deberán consistir en proporcionar educación adecuada a la totalidad de los niños autísticos, sin consideración del grado de su deficiencia. Tendría que haber plazas suficientes para los niños que deban ser colocados en un grupo apropiado a su nivel de desarrollo, lo mismo que para los que deban cambiarse a otro grupo si el primero resulta inapropiado. Este grado de flexibili-

dad puede ser complementado con la promesa de transferencia de la responsabilidad sobre todos los niños, incluso los retardados, al Departamento de Educación y Ciencia.

Casi todos los niños autísticos deberán permanecer impedidos por el resto de sus vidas, pero una educación apropiada puede ayudarlos en gran medida, o por lo menos hacer posible su incorporación en alguna medida a la comunidad, en donde pueden realizar algunos trabajos y, sobre todo, hallar algún interés y alguna alegría en el vivir.

(Traducción de "Children Education")

la educación de los niños con dificultades del habla y del lenguaje

Uno de los aportes más recientes en Gran Bretaña al servicio educacional, ha consistido en la provisión de escuelas especiales y de unidades dirigidas a los niños que manifiestan dificultades en el habla y el lenguaje. El Moor House School, establecimiento pionero en este campo, fue fundado en 1947; en 1958, el I. C. A. A. inauguró asociado a dicho organismo un Junior School, el John Horniman School and Worthing. El John Horniman School recibe a niños y niñas de cinco a nueve años de edad, el Moor House, a niños y niñas que comienzan su edad escolar a los siete años. Hay 24 niños y niñas en el John Horniman, y 61 en el Moor School. Ambas escuelas dispensan una terapia intensiva del habla y una educación correctiva coordinada con las necesidades individuales de los niños. Más recientemente, algunos L. E. A. han inaugurado unidades diarias para el tratamiento de los niños de habla defectiva y para los así llamados "afásicos", y en el presente año, el Ewing Boarding School para niños sin posibilidades de comunicación, incluidos algunos niños que padecen de afasia receptiva, ha sido puesto en funcionamiento en Manchester.

El propósito de estas escuelas y unidades especiales estriba en proporcionar educación adecuada para aquellos niños que presentan severos desórdenes en el habla y el lenguaje. Para comprender algunas de las variadas condiciones que caben dentro del título general de "desórdenes del habla" es necesario distinguir entre a) articulación, que depende de la integridad de las estructuras nerviosas y musculares relativas a la función del habla, y b) el factor de comprensión y de formulación del lenguaje hablado, el cual corresponde a una función cerebral.

Muchos profesores se han encontrado con niños cuya habla es dificultosa e incluso imposible de entender. Frecuentemente, los defectos observados corresponden a **sigmatismo** —articulación defectiva de la "s" y de la

"z"— y **rhotacismo** —articulación defectiva de la "r". Es también corriente encontrar **sustituciones de sonidos** (v. gr. "t" por "k", como en "tum twitle" o "th" por "s", como en "the thorm made me thea think"); **omisiones** (v. gr. "top it" por "stop it", o "lue ky" por "blue sky") como también sonidos deformados que están más allá de las posibilidades de reconocimiento. Tales defectos de articulación pueden provenir de un bajo nivel de inteligencia, de disturbios emocionales, de inmadurez emocional o bien pueden provenir de interferencias en el movimiento de articulación debidas a anomalías estructurales o lesiones en los labios, mejillas, lengua, cara o paladar.

Se encuentran con mucha menos frecuencia casos de niños cuyos desórdenes del habla son el resultado de lesiones en las áreas que controlan el habla en la masa cerebral. Esta condición es conocida como **afasia** y puede ser congénita o adquirida como resultado de accidentes o enfermedades. Por razones prácticas, es usual dividir la afasia en a) **expresiva**, en cuyo caso el niño aunque capaz de comprender todo o parte de lo que se le dice, tiene gran dificultad para formular palabras o frases a este respecto; y b) **receptiva**, en cuyo caso el niño es incapaz de comprender todo o parte de lo que oye decir, y en consecuencia, no puede él mismo aprender a hablar. Los niños que padecen de afasia expresiva pueden tener gran dificultad para recordar palabras (afección que algunos llaman **afasia nominal**). Cuando estos niños "se atascan en una palabra", pueden hacer la mímica de lo que quieren decir o incluso describirlo, como el niño que imposibilitado de decir "carbón" dice "eso negro y sucio con que se hace fuego". Otros, sólo son capaces de utilizar frases cortas y palabras sencillas, pero no pueden organizar las palabras para la expresión de ideas en frase completa. Omiten o distorsionan el orden de las palabras, usan incorrectamente los tiempos verbales y co-

meten otros errores gramaticales o sintácticos mucho después de la edad en que dichas habilidades son adquiridas por un niño normal. El siguiente extracto de un trabajo de un niño de diez años afectado de una seria afasia expresiva ilustra este tipo de lenguaje embrollado:

"They are stuck. One day two men they Bill water and Fred stuck are water and came farmer the water was five feet high. Bill is talking two the farmer Bill stuck says".

La afasia receptiva presenta aun problemas mayores a causa de que se ven afectadas tanto la comprensión como la expresión. El niño, aunque completamente capaz para oír lo que se le dice, es incapaz de comprenderlo. Imaginar su inhabilidad resulta difícil, pero su situación es comparable a la de un inglés que se encuentre solo tratando de comprender y de ser comprendido en medio de un grupo de vociferantes chinos. Los niños que padecen de afasia receptiva congénita no aprenden a hablar, por cuanto para ellos los sonidos del lenguaje son un embrollo sin sentido. Son incapaces de imitar los modelos del habla dado que no pueden percibirlos. Incluso mediante el entrenamiento escolar resulta imposible desarrollar en ellos la comprensión del lenguaje hablado. Los niños que padecen de afasia receptiva adquirida podrán desarrollar el habla y el lenguaje de modo normal sólo en el comienzo de su desorden. Luego de un accidente —la caída de un caballo, por ejemplo, o una enfermedad como la encefalitis como secuela de un sarampión— su habla y su lenguaje se deteriora hasta hacerse nulo. La velocidad con que sucede el deterioro puede ser dramática —no es raro el plazo de una quincena desde la normalidad hasta la afasia.

Cuando un niño no logra aprender a hablar por los medios normales, o bien si pierde su habla, se hace urgentemente necesario averiguar la causa, lo mismo que proporcionarle el tratamiento y la educación apropiada lo antes posible. Existen numerosos centros de observación a través del país, uno de los cuales depende del Moor House School. En ellos, se admiten con fines de investigación niños provenientes de todas las Islas Británicas, y en algunos casos de otras partes. Durante una semana de permanencia allí, los niños son observados por un equipo que incluye a un neurólogo, un psicólogo educacional, un audiólogo, terapeutas del habla y profesores. Se les somete a test para determinar la inteligencia, la agudeza auditiva, la comprensión y el uso del lenguaje hablado y otros factores relevantes.

No todas las carencias de habla en los niños se deben a la afasia receptiva, y antes de que un tal diagnóstico pueda ser establecido con seguridad, hay que eliminar otras causas posibles. El niño que no responde al habla e incluso no lo hace frente a otros sonidos, da la impresión, naturalmente, de ser sordo. Usando técnicas modernas, los audiólogos pueden hoy día evaluar con seguridad el nivel de audición del niño. En el caso de niños muy pequeños, incluso bebés, se puede usar la encefalografía del sueño: mientras el niño duerme bajo el efecto de un sedante suave, se registran sus respuestas a sonidos de diferente frecuencia e intensidad. Algunos niños que no responden a sonido bajo condiciones normales, entregan respuestas observables aun a sonidos quedos cuando se les examina de este modo.

Los niños que padecen de afasia receptiva deben ser también diferenciados de los niños **autísticos**, quienes no sostienen relaciones con los otros a causa de disturbios emocionales. Ellos no manifiestan deseos de comunicación y,

por consiguiente, hacen poco o ningún uso del habla, excepto, quizás, como un eco sin sentido de lo que se les dice (**ecolalia**). Algunos niños autísticos poseen amaneramientos peculiares, tales como girar sobre sí mismos o jugar con los dedos. Aparte de tener una conducta notablemente más normal, los niños afectados de afasia receptiva poseen una ansiedad de comunicación y, una vez que se les entrega un medio a través del cual llevar a cabo alguna posibilidad de comunicación, lo utilizan ávidamente.

Otra causa de lenguaje carencial es el **mutismo electivo**, que consiste en que el niño elige no hablar, movido por una razón emocional profundamente arraigada. Una de estas niñas a los nueve años quiso hablar solamente a su abuela materna, llegando a no proferir ni una sola palabra a nadie más, incluso a sus propios padres.

El bajo nivel de inteligencia también puede ser eliminado como causa del retraso en el desarrollo del lenguaje. Para averiguar la inteligencia de un niño que no puede comprender las instrucciones habladas, se les efectúan tests no verbales que requieren solamente instrucciones pantomímicas. Un niño que alcanza sólo a 40 ó 50 en un test verbal, pero que logra una cifra superior en un test no verbal, demuestra con ello que su inhabilidad reside no en la inteligencia innata sino en la comprensión de la palabra hablada.

Una vez que se han eliminado las otras posibilidades y se ha hecho el diagnóstico de afasia receptiva, la necesidad inmediata consiste en ubicar un establecimiento educacional conveniente. En tanto que un moderado desorden del habla o del lenguaje puede requerir de una a dos sesiones por semana, un desorden más serio requerirá un tratamiento mucho más intenso. El niño tendrá necesidad de ser atendido en una unidad de jornada diurna si se dispone de una, o bien en una escuela residencial especial. Aun así, de presentarse una larga lista de espera se haría necesario un establecimiento interino. Los niños que ingresan al John Horniman School o al Moor House School pueden provenir de escuelas para sordos o para niños de audición parcial, de los Rudolf Steiner Schools, E. S. N. Schools o bien de las escuelas primarias locales.

Jim y Jane, ahora alumnos del Moor House School, ilustran bien los problemas que enfrentan los niños que padecen de afasia receptiva. Jim nació ocho semanas antes de tiempo, pesó tres libras y una onza, su cordón umbilical se presentó enrollado en torno de su cuello, la cara ennegrecida y, a causa de una incompatibilidad Rh, padeció una afección de ictericia. Durante las primeras semanas no pareció posible que continuara viviendo. Acerca del desarrollo de su habla, se informó que balbuceaba normalmente y que pudo decir "dada" antes de los doce meses. Después de lo cual, salvo las apariencias manifestadas por una o dos palabras o frases aisladas, su habla comenzó a debilitarse progresivamente. Al principio se le tuvo por sordo y se le prestó alguna ayuda auditiva. Posteriormente, sin embargo, su audiograma demostró que su audición se circunscribía dentro del nivel normal necesario para el habla, y se le dispensó ayuda en este otro sentido. A los cinco años ingresó a la escuela infantil local donde luego de algunas semanas se le comenzó a aplicar terapia del habla. A los siete años ingresó a la unidad de investigación del Moor House School para evaluar su deficiencia, donde sea le diagnosticó afasia receptiva. Al año siguiente entró al Moore House como alumno.

El nacimiento de Jane fue normal y su desarrollo del habla se efectuó con características por encima del promedio normal. Su madre la describió como "una verdadera charlatana". Se entretenía haciendo juegos de palabras tales como transformar el nombre de su pueblo, Budleigh Salterton, en "bubby saucepan" (cacerola espumante). Algún tiempo después de su tercer cumpleaños, pareció que comenzaba a ensordecer. Comenzó por no oír su nombre al ser llamada y a debilitar la fluencia de su habla. El avance del mal se hizo mayor. A los cuatro años había perdido toda comprensión del habla y salvo algún borboteo incoherente quedó totalmente muda. Después de un tiempo se le efectuó diagnóstico de afasia receptiva adquirida e ingresó al John Horniman School en Worthing. Posteriormente, a los ocho años, vino al Moor House.

A menudo, el primer obstáculo que se debe vencer con el niño que padece de afasia receptiva es su apatía hacia los otros, en cuanto a que puede tratarse de un niño retraído que no trata de establecer contacto con otro niño ni con el equipo que le asiste. Hay, indudablemente, muchas razones para ello: hasta presentarse este tipo de deficiencia, él ha hecho todos los esfuerzos para aprender; está además su incapacidad para hacer que sus deseos sean entendidos; la confusión de los que le rodean y a los que no logra entender y, ocasionalmente, el frecuente cambio de escuelas, hospitales, etc. hace que sus relaciones personales le parezcan de poco valor. El exceso de cuidados a que le someten sus bien intencionados padres le hace sobredependiente de los adultos para las tareas sencillas como las de la vestimenta y el aseo, las cuales el niño puede realizar perfectamente. Al vivir en una comunidad residencial, los contactos personales no pueden evitarse, además, la necesidad de llevar a cabo tareas simples para sí mismo despierta un conocimiento de su medio y desarrolla su seguridad en sí mismo. La rutina diaria ayuda al niño a establecer un sentimiento de seguridad. Agregado a ello, se comprende que en el primer tiempo el niño está entre otros niños como él y adultos que comprenden realmente sus necesidades.

Para niños como Jim y Jane, el programa de educación y terapéutica puede planearse en detalle y ser llevado a cabo de modo sistemático. En el John Horniman y Moor House Schools, los profesores y los terapeutas trabajan en colaboración estrecha, además de que se asegura este trabajo coordinado mediante frecuentes consultas interdepartamentales. Como resulta comprensible, al entrar a estas escuelas las dotes educacionales de los niños son muy bajas, aun en aquellos niños en que el desorden es principalmente uno de articulación. Por ejemplo, resulta particularmente difícil el acceso fónico a la lectura para un niño que es incapaz de sonorizar correctamente las palabras que usa. En el Moor House se ha hecho necesario instituir una clase especial de lectura correctiva. La necesidad más urgente para este tipo de niños es la de un medio de comunicación. Ellos ingresan a la escuela ya sea con una no comprensión absoluta del habla o con habilidad sólo para comprender y usar muy pocas palabras o frases. Algunos utilizan una jergonza que simula un lenguaje. Algunos de los niños mayormente capacitados apenas son capaces de comprender algunas gesticulaciones o mímicas. Cuando la posibilidad de lenguaje es nula, se debe tratar de lograr, so pena de crear en el niño serios problemas de conducta, otros medios de comunicación. Afortunadamente la experiencia ha demostrado que los niños afásicos-receptivos son capaces de aprender a leer y a escribir mucho antes de que les sea posible hablar, e incluso en algunos casos, antes

de llegar a comprender las gesticulaciones. Algunas veces la comunicación escrita puede ser suplementada con el deletreo digital. La escritura y el deletreo digital no sólo suplen las más inmediatas necesidades de un medio de comunicación sino que también funcionan como un estímulo para el desarrollo del habla.

Dada la severidad del desorden, el acceso inicial al lenguaje se efectúa a través de los ojos más que a través de los oídos. El niño aprende sus primeras palabras en forma escrita. Con alguna ayuda, los niños son capaces de construir un vocabulario de palabras individuales. Sin embargo, las dificultades aparecen cuando los niños tratan de poner juntas estas palabras para formar frases. A diferencia de los niños normales, estos niños no logran adquirir modelos de frases oyendo hablar, dado que ésta es para ellos un borboteo sin sentido. La siguiente descripción de la Navidad hecha por un niño afásico-receptivo de nueve años es una ilustración gráfica de lo dicho:

The shepherds the stars The king the sheep The is in the Baby Jesus The a shephers bay the treasures a gold frankensense myhrr Mary is in the beby Joseph and angel a the stable She is in the church a baby. He is in the Jesus the the king. He is in the tell a atap story He are in the on to Elizabeth He are in the on to Bethlehem. He are in the is a frightened. He man is in a to winging. Write the Christmas Babb Jusage Mary King a crown The is in the moon.

Para ayudar a los niños afásico-receptivos a adquirir conocimiento de modelos convencionales de frases y de la gramática sencilla, en el Moor House School se ha desarrollado un método especial de enseñanza del lenguaje. En el esquema de pautas de color, como se le llama a este sistema, las partes de la oración están diferenciadas mediante colores, y los modelos de frases se representan mediante modelos de color. Los sustantivos se escriben en rojo, los verbos en amarillo, los adjetivos en verde, las preposiciones y las conjunciones en azul y los adverbios en café. Cada palabra se subraya con un color apropiado, una línea roja para los sustantivos, una amarilla para un verbo, etc. Estas líneas forman modelos que representan modelos de frase. La presencia de un artículo y un verbo auxiliar se indica cortando la línea roja o la amarilla mediante una corta línea vertical.

Para comenzar el esquema se enseñan algunos sustantivos. Estos sustantivos se escriben en rojo y se asocian con objetos actuales, muestras y pinturas, en ese orden. Se otorga particular atención al concepto formación. Enseguida, se introducen en amarillo los verbos activos. Con el modelo dispuesto en lo alto de la página, para guiarse, el niño puede comentar abajo por escrito las diversas actividades que ocurren en su contorno —Jean está escribiendo, Pedro está dibujando, y así sucesivamente. Pronto, la suma de un objeto al modelo propuesto, rojo-amarillo-rojo, amplía considerablemente el campo, v. gr. Jill está comiendo una manzana; Mr. Burton está cortando el pasto. Gradualmente, a medida que se van introduciendo las diferentes partes de la oración, las frases se hacen más complejas. Mientras se usan los modelos de color, los niños se ven literalmente impedidos de cometer errores en el orden de las palabras. Pronto se adquiere confianza en el uso del lenguaje y, gradualmente, los modelos se van ajustando al uso espontáneo. Después de algunos años los colores pueden ser omitidos del todo. El esquema del modelo de color puede ser considerado como una "vía" visual hacia el lenguaje para los niños que son incapaces de aprender "por sus oídos".

Como es de suponer, las ayudas visuales juegan un importante papel en la educación de los desórdenes del habla en los niños. En el Moor House School, se usan diariamente tiras filmadas y proyectores convencionales. Particularmente valioso es el dispositivo conocido como Language Master, usado en la práctica de la comprensión del habla. Primero el niño escucha un relato grabado en una cinta, al mismo tiempo aparece en una pantalla la palabra impresa; para verificar la comprensión, el niño escucha preguntas grabadas, una para cada tarjeta, en el Language Master, a las cuales responde ya sea por escrito o hablando a la banda dedicada al estudiante (se ha escuchado la pregunta tantas veces como el conocimiento total de ella lo requiera). La maqueta de una ciudad y de un tren eléctrico forman parte también del equipo utilizado en las clases. Como instancia primera se enseña un vocabulario, a partir de lo cual se crean diferentes situaciones: un accidente en el cruce a nivel, un incendio en una tienda, un matrimonio en la iglesia, etc., acerca de las cuales el niño deberá hablar y escribir. Algunos niños que padecen muy serios desórdenes del lenguaje pueden alcanzar una edad aritmético-mecánica aproximada, e incluso mayor, que la correspondiente a su edad cronológica, pero a menudo este logro termina sin una comprensión real del concepto de número. En la medida en que implican uso de lenguaje, los "problemas" planteados al niño resultan mucho más difíciles. Las proposiciones de Nuffield para la enseñanza de las matemáticas resultan idealmente apropiadas para los niños con

problemas de lenguaje, por cuanto lengua y número se presentan juntos, cada uno apoyando el establecimiento del otro. Citemos aquí el *Curriculum Bulletin* N° 1: "Dado que el lenguaje ocupa una parte tan importante en el aprendizaje de las matemáticas, los niños que trabajan en este sentido aprenden simultáneamente el idioma y las matemáticas". (2).

El trabajo futuro en el campo de la educación de los niños que padecen de desórdenes del lenguaje promete ser sumamente interesante. En los últimos años, especialistas de diferentes disciplinas han agregado bastante a los conocimientos relativos a los desórdenes del habla y del lenguaje, sus causas y sus efectos. Los profesores y los terapeutas del habla han proyectado nuevas técnicas educacionales y terapéuticas. En un futuro próximo —para el que ya existen planes en expansión en este campo— habrá necesidad de un número superior de profesores. Cualquier trabajo de investigación en este campo que sea verdaderamente completo y concluyente tendrá que hacer especial consideración de los aspectos diversos que implican los desórdenes infantiles del habla y el lenguaje.

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Observations on congenital auditory imperception*. C. Worster-Drought. *The Teacher of the deaf*, enero 1965.
- 2 *The Schools Council Curriculum Bulletin*. N° 1. H.M.S.O.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

por MIREYA PUIG Y HAYDEE OYARZUN

Nuestro trabajo se refiere específicamente a las alteraciones del lenguaje por causas neurológicas, tales como Afasia y Disartria.

ALGUNOS CONCEPTOS DE AFASIA

Según Mac Ginnes, Kleffner y Goldstein y de acuerdo a la definición de Town (1911) por ellos citada, "Afasia es la incapacidad total o parcial para entender o usar el lenguaje en alguna o en todas sus formas, siendo dicha incapacidad independiente de cualquier otra capacidad mental o enfermedades que afecten a los órganos de la articulación".

Con respecto al niño llamado afásico propiamente dicho sostiene De Quiroz, de acuerdo con su escuela de Otoneurofoniatría, que es únicamente aquel que presenta un síndrome predominante lingüístico, que consiste en que, por perturbación en su integración neurológica, no desarrolla ni organiza en épocas normales las distintas etapas del lenguaje, debiendo comprobarse neurológica y/o electroencefalográficamente la existencia de una lesión a nivel de la corteza temporal dominante (generalmente izquierda) o de ambos lóbulos temporales. Es decir, que aparte de las perturbaciones comprensivo-expresivas del lenguaje que el pequeño paciente puede llegar a evidenciar, desde el punto de vista médico-foniatrico, no se puede diagnosticar "Afasia Infantil" sin que el examen neurológico, electroencefalográfico u otro complementario lo demuestren fehacientemente.

(Expuesto en el Tercer Congreso Argentino de Foniatria y Audiología, "Alta Gracia", Córdoba, 1967).

Concepto de Afasia Infantil de Aleen Agranowitz (Director de la Clínica del lenguaje de Long Beach, California). "El niño afásico es el que falla en el desarrollo del lenguaje adecuado o que ha perdido el lenguaje adquirido debido a daño cerebral".

Nuestro criterio es definir la Afasia como una pérdida parcial o total del lenguaje en alguna o en todas sus formas, consecutivo de una lesión cerebral.

Trataremos de exponer dichas alteraciones en la forma más clara y precisa, según nuestras experiencias y siguiendo un orden desde los cuadros más leves hasta los más severos.

Antes de continuar con la Afasia misma, queremos señalar previamente el primer cuadro, denominado RETRASO EN LA ADQUISICION DEL LENGUAJE O LENTITUD EN LA ADQUISICION DEL MISMO.

I RETRASO EN LA ADQUISICION DEL LENGUAJE O LENTITUD EN LA ADQUISICION DEL LENGUAJE

Para poder determinar un retraso en la adquisición del lenguaje es previo señalar la edad normal en que éste debe manifestarse. Hay diversas opiniones. Nos parece que debe considerarse patológico cuando un niño a la edad de dos años no emite palabras y frases a los tres años.

a.— CARACTERISTICAS DEL NIÑO CON RETRASO DEL LENGUAJE. En ocasiones estos niños comienzan a hablar

a la edad acostumbrada pero progresan lentamente; adquieren pocas palabras nuevas, muchas de ellas son incomprensibles y la formación de frases es nula o primitiva.

Los niños parecen ser normales en los demás aspectos y comprenden fácilmente el lenguaje hablado. Tienen una inteligencia normal y muchas veces su nivel intelectual es más alto de lo normal.

El desarrollo motor y social no sufre alteraciones.

b.— RESUMEN DE LAS CARACTERISTICAS

- 1.— Inteligencia normal.
- 2.— Signos de inmadurez neurológica en algunos casos.
- 3.— Audición normal.
- 4.— Antecedentes en padres o familiares de lentitud en la adquisición del lenguaje; dificultad para aprender a leer y escribir o que eran zurdos o ambidextros.

Cuando finalmente adquieren el habla al principio es confusa y difícil de comprender. La mejoría es gradual en el curso de varios años y pueden llegar aun hasta los ocho años con dicho retraso en el lenguaje hablado. Sucede, también, que el lenguaje se normalice antes, quedando a veces como secuelas algunas Dislalias.

II AFASIA DE DESARROLLO

Este cuadro que describiremos pertenece a la llamada "Afasia de Desarrollo", cabe destacar que el término "afasia" significa **pérdida del lenguaje**, por lo tanto dicho término ha sido muy discutido puesto que si se trata de un niño que no ha adquirido lenguaje, es imposible que pueda haberlo perdido; pero podríamos considerar que se produce un retraso o una dificultad para adquirirlo, debido a lo cual hay consenso casi unánime en aceptar el término de Afasia de Desarrollo o Afasia Infantil (considerando que para que dicho cuadro se realice debe existir lesión cerebral, injuria cerebral o daño cerebral).

CAUSAS

Son causas de afasia de desarrollo las siguientes:

1.— Lesiones prenatales

Desprendimiento de placenta.
Intentos de aborto.
Hemorragias frecuentes.

2.— Lesiones natales.

Prematuros.
Asfixia.
Partos dificultosos (forceps, cesárea).

3.— Lesiones post-natales.

Traumatismo encéfalo craneano.
Accidentes vasculares, cerebrales.
Procesos vasculares, cerebrales.
Procesos inflamatorios (meningitis, encefalitis).
Procesos tumorales (poco frecuentes en niños).

Aplicaremos dicha terminología a aquellos niños que no habiendo adquirido el lenguaje dentro de los 7 primeros años de vida, presentan las siguientes características:

- 1.— Lesión cerebral (muchas veces no evidenciada en exámenes de tipo como el Electroencefalograma (E.E.G.).
- 2.— Alteraciones neurológicas.
- 3.— Audición normal.
- 4.— Inteligencia dentro de límites normales.
- 5.— Disturbios emocionales y de la conducta.

Estas afasias pueden ser de diversos tipos: sensorial o de comprensión, de expresión o motoras y amnésticas.

A.— Se entiende por Afasia de Desarrollo de tipo sensorial aquella que afecta la simbolización, la formación de conceptos y la comprensión o la expresión de símbolos hablados o escritos.

La valoración auditiva de estos niños con problemas centrales del lenguaje, es particularmente difícil por la reacción inconstante que ellos presenten a los sonidos; pero estamos describiendo el cuadro de afasia sensorial con buena audición.

Según Myklebust los síntomas principales de este tipo de afasia son:

- 1.— Falta de adquisición del habla. Los intentos para hablar del niño que padece afasia sensorial, suelen ser en forma de jergonza espontánea pero sin significado. No miran a un objeto ni hacen intentos verbales voluntarios en relación con el mismo. Aunque puede utilizar una palabra corriente, "mamá", excepcionalmente lo hace con una persona en particular, pues puede aplicar dicho término a alimentos, animales o muebles.
- 2.— Las expresiones verbales carecen de cualidad total característica. A diferencia del sordo, la voz del afásico tiene inflexión, entonación y altura, por lo tanto no es monótona.
- 3.— El niño utiliza sonidos improvisados de manera característica, pero no usa vocalización con sentido de proyección, debido a falta de contenido psicológico normal del lenguaje.
- 4.— Estos niños no usan lenguaje mímico y tampoco entienden los gestos de los demás.
- 5.— No reaccionan con facilidad frente a otros estímulos como visuales-táctiles, etc. Esto significa que teniendo una comprensión alterada los estímulos auditivos no llegan a él en forma normal a pesar de tener una buena audición, ya que el trastorno se debe a una lesión de origen central y no son capaces de compensar esto con los estímulos visuales-táctiles por la misma causa.
- 6.— El comportamiento motor es característico. Estos niños presentan una función motora generalmente anormal; hay retardo en el desarrollo motor y la coordinación neuromuscular es inadecuada. No es característico que haya trastorno motor típico, de la índole de parálisis espástica. El pequeño es torpe y desmañado. Sin haber trastornos del equilibrio; el caminar, arrojarse cosas, asir objetos, patear, etc. se ejecutan inadecuadamente.
- 7.— Presenta ecolalia o sea hay imitación automática del habla de otras personas.
- 8.— Dificultad en la relación personal-social.

Veremos ahora la

B.— Afasia de Desarrollo de tipo expresivo o motora, pertenecen a este grupo los niños que teniendo buena comprensión no pueden expresarse verbalmente.

Los síntomas principales de la afasia expresiva o motora son:

- 1.— Comprensión del lenguaje hablado dentro de límites normales. Estos niños generalmente demuestran comprensión frente a palabras, frases y órdenes.
- 2.— Inteligencia dentro de límites normales.
- 3.— Buena audición.
- 4.— El trastorno afecta preferentemente a la comunicación verbal. Algunos carecen totalmente de lenguaje hablado, otros tienen cierto grado de lenguaje pero éste es pobre, lacónico, asintáctico o agramático y con mala pronunciación de fonemas. En otras ocasiones llega a ser ininteligible.
- 5.— Demuestran incapacidad para imitar fonemas, palabras y frases.
- 6.— Estos niños hacen mejor uso que los afásicos sensoriales, de otros estímulos como auditivos, visuales y táctiles.
- 7.— Presentan retraso motor, incoordinación muscular grave, llegando a la dispraxia.
- 8.— A medida que estos niños van adquiriendo lenguaje, su formulación verbal se caracteriza por un lenguaje espontáneo tardío, casi siempre de tipo telegráfico, generalmente nunca hacen preguntas. Adquieren el lenguaje en un orden de sustantivos, verbos, adjetivos, artículos, adverbios y preposiciones. Se observan en ellos dislalias muy rebeldes.

C.— Afasia amnésica es aquella en la cual el niño comprende, se expresa, pero falla en la nominación o el hallazgo de las palabras, generalmente sustantivos y verbos. Este tipo de afasia es poco común dentro de las afasias de desarrollo.

Por lo general dichos tipos de afasia pocas veces se dan puros y frecuentemente se trata de Afasias Mixtas con predominio de uno de estos tres tipos.

CAUSAS DE AFASIAS:

- 1) Lesión cerebral dada por T.E.C.
- 2) Accidentes vasculares.
- 3) Procesos inflamatorios como encefalitis, meningitis, etc.
- 4) Procesos tumorales.

Describiremos ahora un 3er. Cuadro, llamado

III AFASIA DE DESARROLLO CON COMPROMISO LEVE DE LA AUDICION Y DEL NIVEL INTELECTUAL

Dichos niños presentan las mismas características del cuadro anterior sumándose trastornos auditivos y de nivel intelectual. Generalmente estas afasias afectan más a los procesos de comprensión que de expresión.

En nuestras escuelas y hospitales, donde trabajan fonopatólogas, constituyen el cuadro más difícil de diagnosticar; el problema de rehabilitación de dichos casos es muy complicado, ya que no pueden asistir a Escuelas de Sordos ni de Deficientes Mentales. Actualmente se están tratando en la Escuela Especial N° 19 (Escuela de Afasia) este tipo de afásicos.

IV AFASIAS ADQUIRIDAS

Llamamos afasias adquiridas a las que corresponden exactamente a la etimología de la palabra afasia (pérdida del lenguaje).

Clasificamos en este cuadro a los niños mayores de seis años que habiendo adquirido un lenguaje, lo pierden. Las causas son las mismas que en la Afasia de Desarrollo al igual que los tipos de afasias.

Dentro de las Afasias Adquiridas es más palpable el número de niños que presentan afasia amnésica en relación a la frecuencia con que se presentan las Afasias de Desarrollo.

Nuestra experiencia en este tipo de rehabilitación nos ha dado enormes satisfacciones, en el sentido de la reintegración de estos escolares a las Escuelas de Enseñanza Básica de nuestro país.

V AFASIAS EN ADULTOS

Como su nombre lo indica consideramos en este cuadro las afasias que corresponden al periodo desde la adolescencia y que abarca hasta la vejez.

Las causas de ellas son las mismas que las de las afasias adquiridas de los niños.

Los tipos también son similares, pero en su proceso de rehabilitación es de importancia suma considerar otros factores como:

- 1) Edad del enfermo.
- 2) Nivel educacional y cultural.
- 3) Causas de la afasia.
- 4) Tipo de afasia.

Además no podemos callar lo valioso de la rehabilitación de dichos enfermos, ya que la psicoterapia natural empleada significa para estos individuos una gran esperanza al sentirse tratados y atendidos en una Escuela Especial. Creemos que nuestro país en la atención de estos enfermos marcha a la par con los países más adelantados en esta materia.

RESUMEN

- I Retraso en la adquisición del lenguaje sin lesión cerebral.
- II Afasia de desarrollo (que abarcaría hasta 7 años).
- III Afasias adquiridas (niños que poseían un lenguaje).
- IV Afasias con otro déficit sensoriales; compromiso de audición e inteligencia en grado leve.
- V Afasias en adultos.

Características generales de los cuadros descritos que corresponden a las alteraciones del lenguaje de origen cerebral.

Las perturbaciones afásicas ocurren generalmente en tres áreas:

- 1.— Lenguaje
- 2.— Conducta
- 3.— Aprendizaje.

1.— PROBLEMA DEL LENGUAJE

- a) Alteración de la comprensión del lenguaje hablado y escrito llamada agnosia verbal auditiva y agnosia verbal visual.
- b) Alteración del lenguaje expresivo o motor: articulación, sintaxis, formulación verbal y escrita.
- c) Dificultad en el hallazgo, actualización y pobre asociación de nombres que afectan a la formulación del lenguaje.
- d) Incapacidad de adquirir lenguaje simbólico (lectura, escritura, aritmética).

2.— PROBLEMAS CONDUCTUALES

- a) Hiperactividad.

- b) Hipoactividad (pocos casos).
- c) Atención inestable.
- d) Desorganización (pobre asociación de situaciones, adaptaciones sociales inadecuadas.)
- e) Reacciones catastróficas.
- f) Incoordinación motora.
- g) Narcisismo (Autismo).
- h) Perseveración.
- i) Desinhibición.
- j) Inhibición.
- k) Conducta compulsiva.
- l) Negativismo.
- ll) Agresión.

3.— PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

- a) Inmadurez global.
 - b) Déficit perceptual visual.
 - c) Déficit perceptual auditivo.
 - d) Déficit motor.
 - e) Incoordinación visomotora.
 - f) Perturbaciones en el esquema corporal.
 - g) Perturbaciones temporo-espaciales.
 - h) Atención inestable.
 - i) Pobreza de fijación (memoria).
 - j) Problema de dominancia cerebral.
 - k) Alteración de predominio lateral.
 - l) Dificultad en el manejo de los símbolos del aprendizaje (lectura, escritura, aritmética).
 - ll) Alteración en el proceso de análisis y síntesis, conceptualizaciones y generalizaciones.
- Nuestro trabajo se ha remitido principalmente a señalar las alteraciones del lenguaje expresivo y de la comprensión en el área del lenguaje hablado, pero es lógico que las alteraciones por lesión cerebral no sólo afectan al lenguaje expresivo, sino al lenguaje escrito y a otras formas de lenguaje como la (música) música, la aritmética, etc. tema ya expuesto por otros relatores.
- Pero es nuestro deber señalar que dentro de los retrasos simples del lenguaje, hasta las afasias, el lenguaje escrito sufre similares alteraciones que el lenguaje expresivo. Sabemos que el propósito de este Seminario ha sido aclarar conceptos de los diferentes trastornos que afectan a los niños de nuestras Escuelas y al mismo tiempo estamos seguros que éste es un gran paso dado en la Educación Especial en Chile y que en un futuro próximo deberá completarse con nuevos Seminarios en los cuales nos podremos referir al Tratamiento de las Alteraciones aquí mencionadas.

DISARTRIA

Al igual que en otras clasificaciones de Trastornos del Lenguaje es muy difícil aunar criterios frente a determinadas definiciones. Es así como la Escuela Norteamericana incluye en el término de Disartria desde la simple dislalia hasta las alteraciones de la articulación de origen central.

Dentro de nuestra exposición nos ha guiado un deseo general de estandarizar criterios frente a diferentes términos, de modo de crear un entendimiento para facilitar la comprensión de las diferentes alteraciones y nos permitimos dar el término de Disartria a:

Los trastornos múltiples de la articulación de la palabra y su ritmo, debido a lesión orgánica de las vías nerviosas del lenguaje.

No nos explayaremos sobre este tema, ya que en nuestra población escolar nuestra experiencia nos dice que ella no se presenta; salvo como secuela de afasias adquiri-

das y con mayor frecuencia dentro de las afasias en adultos, como por ejemplo enfermedad de Parkinson y otros tipos de enfermedades neurológicas.

Queremos señalar además lo que se considera **estructuras básicas del lenguaje**.

Dichas estructuras son:

- I Respiración
- II Fonación (sonido e intensidad, calidad de la voz)
- III Resonancia
- IV Articulación
- V Prosodia.

Estas estructuras se presentan todas alteradas en la "disartria" neurológica y para el estudio de ellas existe una pauta de observación que se refiere a cada uno de estos aspectos mencionados.

A pesar de que dicha pauta ha sido elaborada para el estudio de la disartria, pensamos que sería de utilidad para el profesor y que podría ser aplicada a cualquier niño con trastornos del lenguaje.

Respecto a Respiración debe observarse.

I Respiración

- 1.— Existe suficiente apoyo de aire para hablar o el suministro de éste es inadecuado.
- 2.— Hay una inspiración audible.
- 3.— ¿Es el ciclo inspiratorio suave o existen repentinos accesos forzados de la respiración?
- 4.— Está la respiración coordinada con la fonación o existen gastos de aire.

II Fonación

- 1.— ¿Es la altura apropiada con: la edad y sexo del paciente o es muy baja o muy alta?
 - 2.— ¿Existen cambios inflexionales apropiados de la altura? o se usa la altura en la forma monótona.
 - 3.— ¿Existen quiebras incontrolables repentinas de la altura?
 - 4.— ¿Existe temblor vocal?
- B.— Sonido (Intensidad)
- 1.— ¿Es la voz adecuadamente sonora y fuerte?
 - 2.— ¿Existen variaciones normales de intensidad?
 - 3.— ¿Existen ataques bruscos de intensidad?
 - 4.— ¿Disminuye la intensidad a medida que el habla continúa?

C.— Calidad de la voz

- 1.— ¿Es áspera o carraspeada?
- 2.— ¿Existe un escape audible de respiración usada?
- 3.— ¿Existe la voz forzada o estrangulada?
- 4.— ¿Existen detenciones repentinas de la voz?

III Resonancia

- 1.— ¿Existe hipernasalidad?
- 2.— ¿Existe emisión nasal de aire durante el habla?
- 3.— ¿Aumenta la hipernasalidad y la emisión nasal a medida que avanza la conversación?
- 4.— ¿Existe una hiponasalidad?

IV Articulación

- 1.— ¿Se pronuncian los sonidos con precisión o son débiles o se pronuncian todos juntos?

- 2.— ¿Existe torpeza al pasar de una consonante a otra?
- 3.— ¿Son consistentes las imperfecciones de consonantes o existe una desintegración irregular, no sistemática de la articulación?
- 4.— ¿Son distorsionadas las vocales de modo que se pierda su identidad?
- 5.— ¿Se prolongan indebidamente los sonidos?
- 6.— ¿Se repiten los sonidos?

V Prosodia

- 1.— ¿Es anormalmente rápido o lento el ritmo del habla?
- 2.— ¿Existen silencios inapropiados?
- 3.— ¿Se prolongan las intervenciones entre palabras y entre sílabas?
- 4.— ¿Se reduce el énfasis, frente a palabras claves y sílabas forzadas?

Esta observación más dirigida permite detectar cuál o cuáles de estas estructuras están más alteradas en el lenguaje de un niño.

TEST DE CAPACIDAD DE LENGUAJE DE AGRANOWITZ (EN NIÑOS)

Este test ha sido usado en nuestro país con niños afásicos y contempla el estudio de diversas áreas. Ellas son:

A. RECONOCIMIENTO VISUAL QUE COMPRENDE:

- a) Reconocimiento de seres animados.
 - b) Reconocimiento de cosas inanimadas.
 - c) Esquema corporal (imitación de acciones) y armado de una cara.
 - d) Figura fondo (comprende dibujo de figura humana y señalar figuras en un fondo difuso).
 - e) Colores (apareamiento de ellos).
 - f) Relación espacial (unir puntos en el espacio).
 - g) Visomotor (colocar formas en el tablero de Gessell, colocar clavijas).
 - h) Formas (reconocer formas básicas y copia de figuras abstractas).
 - i) Items de cuadros (reconocimiento de figuras en un cuadro) pelota, taza.
- Reconocimiento verbal visual
- 1) Letras: mayúsculas imprenta, minúsculas.
 - 2) Reconocimientos de números (10)
 - 3) Reconocimiento de palabras.

II AREA: RECONOCIMIENTO AUDITIVO

Audiograma previo.

- 1) Voz del examinador.
- 2) Sonidos del ambiente (teléf., cierre de una puerta)
- 3) Sonidos específicos (campanilla, pito).

Reconocimiento auditivo-verbal.

- 1) Palabras aisladas, se la nombra (el niño debe elegir el objeto) se la nombra (que señale las partes de su cuerpo).
- 2) Ordenes simples.
- 3) Ordenes complejas.

III AREA: NOMINACION

B. RECONOCIMIENTO AUDITIVO

- 1) De objetos.
- 2) De personas.
- 3) Del ambiente.

- 4) Items de cuadros con escenas.
- 5) Figuras geométricas (X).
- 6) Colores.
- 7) Letras.
- 8) Números.

IV AREA: FORMULACION

- 1) Lenguaje espontáneo.
- 2) Uso de preguntas.
- 3) Uso de verbos y preposiciones.
- 4) Describir cuadros con escenas.
- 5) Describir cuadros con secuencia de acción.
- 6) Relato de un cuento.
- 7) Articulación (Test).

V AREAS: LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETI-

CA. Para niños mayores se puede usar test estandarizados.

Agranowitz ha elaborado de modo similar un test de afasias en adultos. Su valor además consiste en que indica la terapia en relación a todas estas áreas, que en mayor o menor grado están alteradas, y permite clasificar la afasia en los tipos de sensorial, motora y amnésica.

BIBLIOGRAFIA

- "AFASIA EN NIÑOS Y ADULTOS" de Allen Agranowitz.
- "CLINICAS PEDIATRICAS" de Bakwin.
- "EL CORTE CEREBRAL" de Ajuriaguerra.
- "ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO" de Russell Brain.
- "ACTA AUDIOLOGICA Y FONIATRICA HISPANOAMERICANA" de Mildred McGinnis.

a prueba de
"terremotos"...

COMET
Bata



HORMA ANATOMICA - COLORES DE MODA

los niños hiperactivos

POR MARK A. STEWART

Padres y maestros conocen desde hace tiempo un síndrome juvenil descrito sucintamente en un cuento corto, en verso, para niños escrito hace un siglo (y aquí traducido) por un médico alemán, Heinrich Hoffman:

Fidgety Phill,
He won't sit still;
He wriggles,
And giggles...
(Fil, el inquieto,
no se sienta quieto,
se culebrea
y risotea...

en la mesa, y cuando su padre le amonesta, como único resultado:

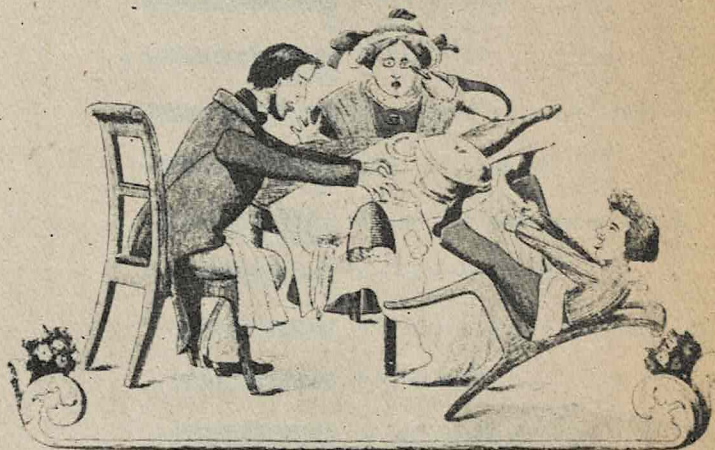
The naughty restless child
Grawig still more rude and wild.

(El pícaro impaciente
más salvaje se siente).

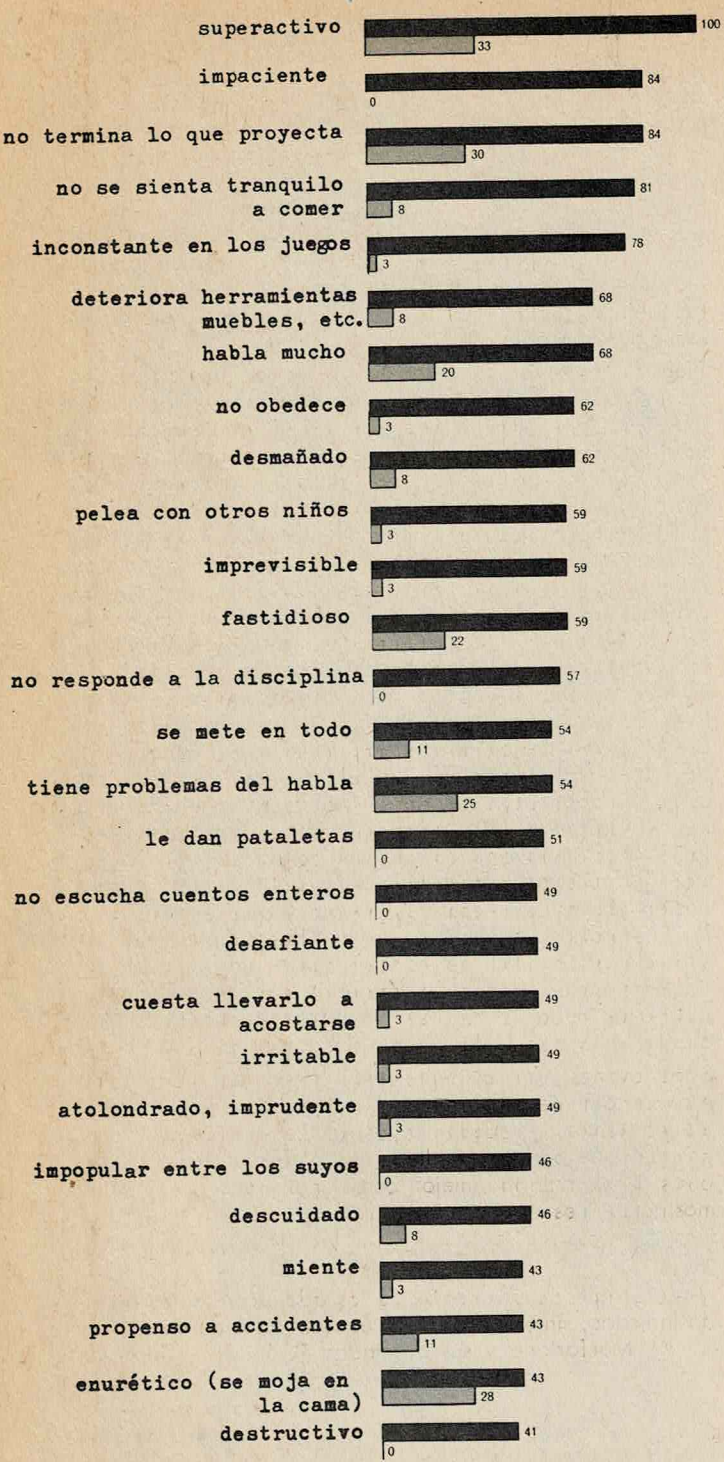
La inquietud en sí misma es apenas una rara o alarmante conducta en los niños, pero puede tener importancia cuando va acompañada por un conjunto de síntomas diferentes que caracterizan lo que se conoce como "síndrome del niño hiperactivo". Es característico en un niño con este síndrome el estar en continuo movimiento, el no poder concentrarse por más de un instante, el actuar y el hablar impulsivamente, el ser impaciente y el trastornarse con facilidad. En su casa se siente siempre afligido por su inquietud, por su turbulencia y por su desobediencia. En el colegio se distrae con facilidad, rara vez termina su tarea, tiende a hacer el payaso y a hablar sin deber en clases, y llega a ser un problema de disciplina.

Los clínicos desplegaron un activo interés por el síndrome durante la epidemia de encefalitis de 1918 en los Estados Unidos. Entre lo niños que fueron atacados y se recuperaron de la fase aguda del ataque, muchos mostraron más tarde un cambio catastrófico en su personalidad: se volvieron hiperactivos, distraídos, indómitos, destructores y antisociales. Entonces se comenzó a notar que el mismo grupo de problemas de conducta se presentaba por lo común en los niños que habían sufrido daños cerebrales por otras causas, especialmente por lesiones en la cabeza o por falta de oxígeno durante o poco después del alumbramiento. La hiperactividad, por ello, fue denominada síndrome de "lesión cerebral". Sin embargo se ha descubierto que la mayor parte de los niños con diagnóstico de hiperactividad no tienen antecedentes que sugieran una lesión cerebral. Antecedentes tempranos, por ejemplo, complicaciones prenatales o en el nacimiento que pudieron haber causado lesiones cerebrales, no son más corrientes entre los niños hiperactivos que entre los niños normales. Algunos clínicos mantienen todavía la teoría de la lesión cerebral, haciendo ver que muchos niños hiper-

Die Geschichte vom Doppel-Philipp.



"La historia de Fidgety Philipp" es uno de los cuentos admonitorios de Struwwelpeter (Pedro el cabeza dura), libro para niños escrito en versos hace un siglo por Heinrich Hoffmann. En tres dibujos y en 36 líneas de coplas se cuenta la historia de un niño "hiperactivo" llamado Philipp. En el primer cuadro Philipp comienza a moverse hacia atrás y hacia adelante en su silla luego que su padre dice: "Me gustaría saber si Philipp es capaz de sentarse tranquilo hoy día a la mesa". En el segundo cuadro, Philipp pierde el equilibrio y se aferra frenéticamente al mantel. En el tercer cuadro, Philipp cae estrepitosamente al suelo, en donde yace cubierto por el mantel, los alimentos y los platos rotos.



activos muestran señales significativas tales como torpeza, estrabismo y dificultades en el habla, pero esos síntomas pueden muy bien ser originados por desórdenes funcionales del cerebro más bien que por lesiones estructurales. El síndrome de la hiperactividad no se limita a la niñez. Muchos adultos muestran el mismo grupo de síntomas. En la vida adulta, sin embargo, algunas de las características básicas — mucha energía, agresividad, falta de inhibición— pueden ayudar al trabajo propio, mientras que en la infancia, cuando hay que sentarse ante un pupitre sin moverse y concentrarse en el estudio largo rato, la inquietud unida al síndrome puede significar una gran desventaja y dar lugar a serios problemas.

Hace muchos años Charles Bradley del Emma Pendleton Bradley Home, hizo el paradójico descubrimiento de que las drogas estimulantes, tales como la anfetamina (bencedrina), tienden a calmar a los niños hiperactivos y mejoran su conducta. La droga capacita a esos niños para sentarse tranquilos y para realizar su trabajo. Por otra parte, se ha descubierto que los barbitúricos sedantes tienden a **incrementar** la inquietud de los niños hiperactivos.

Mi interés por el síndrome aumentó a causa de un mayor interés general por el fundamento químico de los desórdenes siquiátricos. En la clínica siquiátrica de St. Louis Children's Hospital tratamos a muchos pacientes hiperactivos, y calculamos que alrededor de un 4 por ciento de los niños de las escuelas suburbanas estaban afectados por esta irregularidad. El síndrome sugirió preguntas intrigantes de biología fundamental. ¿Es hereditario el temperamento hiperactivo? ¿Puede ser causado por un metabolismo desordenado? ¿A qué edad aparece en el niño? ¿Llegan los niños a superar esta enfadosa conducta o persisten los problemas en la adolescencia y en la madurez? Para tratar de aclarar estas preguntas decidí estudiar la historia natural del síndrome en los niños. Con la ayuda de los miembros de la Washington University School of Medicine y con el apoyo del National Institute of Mental Health emprendimos un programa de investigaciones.

Nuestro primer plan fue el establecer una descripción sistemática de la naturaleza e incidencia de los síntomas como base, para continuar estudiando en los pacientes. Con este propósito seleccionamos un grupo de niños hiperactivos y lo comparamos con un grupo control de niños normales. Los pacientes eran 37 escolares (32 niños y cinco niñas) de cinco a 11 años, que fueron tratados en la clínica siquiátrica del Children's Hospital; todos mostraron síntomas pronunciados de sobre-actividad y de incapacidad de concentración sostenida, pero no padecían enfermedad crónica alguna ni ningún defecto sensorial. Los **controls** eran niños del primer grado, quienes generalmente emparejaban con el grupo de pacientes excepto en su mayor juventud media. Esta diferencia de edad pudo ser despreciada al comparar los síntomas de hiperactividad de los dos grupos, porque los niños hiperactivos habían revelado la mayor parte de sus síntomas antes de ingresar en el primer grado.

Empleando un cuestionario que abarcaba los síntomas presentes y los del pasado de los niños, sus antecedentes médicos y de desarrollo, su expediente escolar y también los antecedentes de sus familiares, entrevistamos a cada una de las madres de los niños del grupo de pacientes y del grupo de controls. La entrevista duró entre una y dos horas, y hasta donde fue posible las respuestas fueron registradas palabra por palabra. La respuesta para cada síntoma fue después calificada como positiva o negativa de acuerdo con un criterio predeterminado. Por

Síntomas comunes de hiperactividad, determinados en un estudio comparativo entre 37 pacientes jóvenes (32 niños y cinco niñas) de la clínica psiquiátrica del Saint Louis Children's Hospital y un grupo de control formado por niños que concurrían al primer grado en dos escuelas suburbanas. La determinación de los síntomas se efectuó mediante entrevistas con las madres de los niños de ambos grupos. Las barras negras indican el porcentaje de pacientes jóvenes que registra cada síntoma. Las grises muestran el porcentaje respectivo del grupo de control. Obviamente, hay muchos más "Fidgety Philipps" entre los 37 pacientes que entre los no pacientes.

ejemplo, la respuesta a la pregunta "¿Ha estropeado muebles y juguetes?" fue calificada como positiva si el niño había estropeado una bicicleta nueva en menos de un año o si había empleado tan mal su corralito que no pudo ser entregado al niño siguiente. En las cuestiones en las que no podía emplearse un criterio tan objetivo, buscábamos otra forma de demostración confirmativa. Por ejemplo, a la pregunta "¿Se balancea, suelta risitas, se inquieta?"; la contestación era calificada como positiva solamente si la madre creía que la conducta del niño con respecto a lo preguntado se diferenciaba mucho de la de sus otros niños y si otros observadores se habían dado cuenta de tal proceder. Casi siempre un síntoma era calificado como positivo con sólo haber persistido tal conducta durante años.

Los resultados mostraban que los pacientes hiperactivos eran sorprendentemente diferentes de los controls. La diferencia era más notoria en los síntomas que habían sido aceptados como particularmente característicos del síndrome (ver cuadro). Por ejemplo, el 81 por ciento de los pacientes fueron descritos como incapaces de sentarse tranquilamente durante las comidas, contra solamente el 8 por ciento de los controls; el 84 por ciento de los pacientes fueron calificados por sus madres como incapaces de terminar ninguna empresa, mientras que entre los controls ninguno carecía de esta facultad. Se informó que en porcentajes substanciales los niños del grupo controls eran superactivos, inquietos, superlocuaces o dados a las bromas, pero hasta en estas respuestas necesariamente subjetivas los niños controls tenían una cuenta positiva mucho más baja como grupo que los pacientes. Todo indicaba claramente a lo largo de la lista de síntomas, que los pacientes eran en temperamento, con toda evidencia, diferentes de los niños normales.

Junto a su inquietud y a su capacidad de concentración, los niños hiperactivos manifestaban muchas formas de conducta antisocial. Eran dados a pelear con otros niños, mostraban irritabilidad, desafío, eran mentirosos y destructores, y casi la mitad de ellos eran tenidos por impopulares entre los demás niños. Alrededor de uno cada cuatro de los pacientes había sido sorprendido robando (generalmente dinero de sus familiares), y alrededor de uno cada diez eran vandálicos, incendiarios, crueles con los animales y "cimarreros". Consultados sus maestros, supimos que la mitad de los pacientes habían tenido que ser castigados en el colegio, más de un tercio habían tenido que repetir el curso y otros tantos tenían antecedentes de repetidas peleas en la escuela.

Los trastornos hiperactivos de los niños habían comenzado, generalmente, a edad muy temprana. Aproximadamente la mitad de las madres habían empezado a notar rarezas en su niño antes de que tuviera dos años. No hallamos ningún indicio que relacionara la conducta desordenada con complicaciones durante la preñez o en el alumbramiento, de la madre, con antecedentes familiares de enfermedades mentales o con la ausencia del hogar de los padres del niño; no había diferencia estadística a este respecto entre los antecedentes familiares de los niños pacientes y los controls. Los pacientes, sin embargo, propendían a tener antecedentes de problemas de alimentación, de perturbaciones en el sueño y en general mala salud en su primer año de vida, y muchos estaban en desventaja a causa de un desarrollo tardío en el habla y de una pobreza de coordinación. Todos ellos sugerían la posibilidad de dificultades innatas.

Proseguimos este estudio sobre los niños jóvenes examinándolos en la misma forma que a los adolescentes que

habían sido tratados en nuestra clínica a causa de la misma enfermedad. Este grupo estaba formado por 45 jóvenes (41 chicos y cuatro chicas) entre 12 y 16 años. El promedio había acudido a la clínica unos cinco años atrás, y el diagnóstico definitivo de todos ellos, en aquella época, basado en distintos síntomas, había sido de hiperactividad. Para el estudio subsiguiente empleamos un cuestionario para entrevistar a las madres, que se parecía mucho al empleado en el examen del grupo de niños, jóvenes, pero ahora los entrevistamos (a los adolescentes) haciéndoles preguntas sobre sus síntomas, su conducta general en el hogar y en la escuela, su actitud frente a la escuela y su propia estimación.

Nuestras entrevistas con las madres demostraron que los chicos no habían cambiado mucho desde que los habíamos visto por primera vez. De los 45 adolescentes, 14 habían empeorado o por lo menos no mejorado su conducta, 26 la habían mejorado algo, y solamente cinco fueron calificados como más o menos liberados de sus síntomas originales. Casi todos los jóvenes eran todavía visiblemente inquietos, incapaces de terminar sus tareas, superlocuaces y pobres en su desempeño escolar. La gran mayoría fueron descritos por sus madres como de propia estimación baja, y con tendencia a sentirse escarnecidos, (cuestiones que infortunadamente habíamos descuidado incluir en el estudio anterior sobre los niños jóvenes). Resultó que los adolescentes mostraban un claro aumento (sobre el grupo de jóvenes) en impaciencia, resistencia a la disciplina, irritabilidad y falsedad. En proporción considerable tomaban parte en riñas y robos, y en su conducta extraviada huían de su casa, se juntaban con "gente mala" y "hacían la cimarra"; la bebida no era una excepción. En nuestras entrevistas con los adolescentes, muchos decían que estudiar era muy penoso y que la escuela no les interesaba. Un tercio de las madres manifestaba que su hijo era tan difícil de manejar que habían pensado seriamente en enviarlo a un internado o a una institución. Cuatro de cada 10 madres creían que no había carrera alguna a la que su hijo pudiera adaptarse.

Estos jóvenes eran evidentemente anormales, pero no lo eran seriamente en términos psiquiátricos usuales. Tres de los 45 tenían antecedentes de conducta antisocial, tan grandes que podrían ser llamados "sociopatológicos". Los otros se describirían mejor como individuos con problemas personales.

Todavía no hemos comparado estos adolescentes con el grupo de los controls. Que sus problemas no son, en general, el tipo de problemas de los adolescentes, ya ha sido indicado, sin embargo, por los resultados de un estudio de W. Macfarlane y sus asociados en la universidad de California en Berkeley. Descubrieron que un gran grupo de adolescentes normales (hombres) de casi la misma posición socio-económica que nuestro grupo, la frecuencia de superactividad era solamente de un 17 por ciento; la de irritabilidad de un 12 por ciento; la de reyertas de un 4 por ciento; la de mentirosos de un 8 por ciento y la de robos, cero.

Hemos hallado evidencias de otro género: que los niños hiperactivos inician su vida con un temperamento claramente anormal. En la práctica clínica me ha impresionado la frecuencia con que resulta que los niños hiperactivos han tenido antecedentes de algún envenenamiento accidental en su vida temprana —generalmente antes de los tres años. Esto era de esperar, porque el botiquín es un blanco de primera clase para la curiosidad infantil, y el niño hiperactivo es más dado que el normal a meterse en estas cosas tan pronto como puede hacer pinitos

o encaramarse. Este asunto tiene una considerable importancia práctica; si los niños activos se encuentran expuestos, desde luego, en mayor proporción que la normal a los peligros de envenenamiento accidental, en sus casas deberían tomarse precauciones especiales para prevenir el acceso a las drogas y tóxicos. Decidimos estudiar los hechos relativos a la extensión de este riesgo para los niños hiperactivos.

Dos estudiantes de medicina de la universidad de Washington vigilaron a 90 niños jóvenes que habían sido tratados por envenenamiento en el Children's Hospital, seis años antes. Entrevistaron a las madres y a los maestros de los niños con nuestro cuestionario standard para síntomas espontáneos del síndrome de hiperactividad. Cuando se llevaron a cabo estas entrevistas los niños tenían ocho y nueve años. Resultó que el tercio de los 58 chicos podían ser diagnosticados como hiperactivos, empleando imparcialmente un criterio riguroso, una incidencia considerablemente mayor que la cifra del 7 por ciento que habíamos obtenido en una población control de chicos. También enviamos cuestionarios a las madres de 80 niños hiperactivos que visitaron nuestra clínica, y a las madres de una cantidad igual de niños normales del segundo grado. De nuevo las respuestas mostraron que el 22 por ciento de niños hiperactivos, contra sólo el 8 por ciento de los controls, habían sufrido un envenenamiento accidental.

Este hallazgo, según mi parecer, apoya fuertemente la tesis de que el síndrome se manifiesta en edad temprana y que los niños hiperactivos pueden ser innatamente diferentes de los otros niños. Es compatible con el hecho de que el 80 por ciento de los padres interrogados en nuestro primer estudio sobre niños jóvenes en los primeros grados y el 60 por ciento de los de nuestro estudio sobre los adolescentes informaron que sabían que sus hijos eran raros antes de alcanzar la edad escolar. Alexander Thomas, Stella Chess y Herbert G. Birch de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, que habían realizado un extenso estudio sobre el desarrollo de la conducta de los niños desde su nacimiento, descubrieron que ciertas maneras perceptibles a edad muy temprana, anunciaban desórdenes en la conducta. Los investigadores dedujeron que muchos desórdenes pueden ser atribuibles al temperamento innato.

En nuestra propia experiencia con niños hiperactivos, en la clínica, hemos descubierto a menudo que el padre había sido fastidioso en su juventud, que se había retirado de la escuela y que como adulto es característicamente inquieto y corto de genio. Nuestras entrevistas con las madres en nuestro primer estudio, no nos revelaron ninguna diferencia significativa entre el grupo paciente y el grupo controls en este aspecto de antecedentes de familia, pero las entrevistas no nos dieron realmente mucha información sobre la cuestión. Nos proponemos explorar este asunto directamente y en detalle en estudios subsiguientes. Está ya en marcha una investigación a nivel genético: un médico genetista, en la Universidad de Washington, analiza los cromosomas de un grupo de niños de nuestra clínica. Esta indagación fue sugerida por el reciente descubrimiento de una asociación de la conducta antisocial agresiva con una peculiaridad del cariotipo **XXY**. Esta es una anomalía cromosómica por la cual un macho nace con dos cromosomas **Y** en vez de uno.

Parece altamente significativo que el síndrome de la hiperactividad sea mucho más corriente en los chicos que en las chicas (la relación en varios grupos investigados es de seis a uno o más) y que los chicos también sufran con más frecuencia otros problemas de conducta tales como

autismo infantil, inhabilidad en la lectura y retraso en el habla. Hay muchas razones para creer que estas diferencias son innatas y no el resultado de tratamientos equivocados de los chicos por sus padres y maestros. Además, las dificultades en la lectura y en el habla son con frecuencia familiares. Parece que algunas excentricidades heredadas en la conducta o en el aprendizaje con el sexo o que el sistema nervioso del macho puede ser peculiarmente propenso a ciertas fallas en el desarrollo temprano; probablemente estas dos hipótesis sean ciertas.

La idea de que la hiperactividad tiene una base biológica está además fortalecida por el drástico cambio en la conducta manifestado en muchos de esos niños a causa de una droga estimulante (tal como la anfetamina o el metilfenidato). Bajo la influencia de la droga, el niño hiperactivo (por lo menos en la mitad de los casos) se vuelve más tranquilo, muestra lapsos más largos de atención y mayor perseverancia en el trabajo asignado, se desempeña mejor en la escuela y generalmente adelanta con más facilidad. Se ha descubierto que la anfetamina tiene un efecto algo parecido en el desempeño de los adultos normales a quienes corresponde una tarea pesada o compleja. Russell Davis de la Universidad de Cambridge informó, por ejemplo, que en un experimento de esta clase, los hombres a quienes fue suministrada la droga fueron absorbidos por la tarea, aparentemente como resultado de la concentración de toda su atención en ella. En resumen, la droga estimulante parece dar como una conformidad más sutil y mejor organizada con el medio.

Es sabido que las anfetaminas actúan sobre la formación reticular del tronco cerebral, área clave que controla el conocimiento y la atención. Cuando la anfetamina es administrada a un paciente, se puede decir, por lo general, que éste despierta simplemente al observar su conducta: se vuelve más atento, más alerta y con frecuencia más locuaz. Una evidencia objetiva del "despertar" puede ser también observada en los cambios operados en sus ondas cerebrales vistas a través de un electroencefalograma. También se sabe que la anfetamina produce efectos específicos en el metabolismo de la norepinefrina, o noradrenalina, en las células cerebrales. La norepinefrina probablemente controla la transmisión de los impulsos nerviosos a través de alguna clave de células nerviosas; está altamente concentrada en áreas tales como el hipotálamo y en el tronco cerebral, que tienen mucho que ver con la disposición de ánimo y con el conocimiento. En experimentos recientes Sebastián P. Gressman de la Universidad de Chicago, descubrió que la inyección de una diminuta cantidad de norepinefrina en la formación reticular de una rata, rebaja el nivel de actividad y la sensibilidad del animal; una inyección de acetilcolina produce el efecto contrario. Puesto que se sabe que la anfetamina estimula la liberación de norepinefrina por las terminaciones nerviosas, parece enteramente posible que los efectos de la droga en la conducta de los niños hiperactivos puedan deberse a su acción en esta juntura. Puede reparar un déficit en la actividad de la norepinefrina o en otro sentido restaurar el equilibrio normal de actividad entre la norepinefrina y la acetilcolina.

Esta idea gana crédito por el hecho de que los niños hiperactivos se conducen a menudo de una manera muy diferente de la que acostumban cuando están tensos. Un niño que ha sido descrito por su madre como un demonio, puede ser un ángel al visitar a un siquiatra. Casi todos los niños hiperactivos tienden a ser dominados por una situación singular y a desplegar su mala conducta

solamente cuando se sienten como en casa. La explicación puede consistir en una liberación tenso-inducida de norepinefrina de las células cerebrales. De este modo un estado de ansiedad puede producir el mismo efecto que una dosis de anfetamina —a través de, exactamente, el mismo mecanismo.

Se sabe desde hace años que la extirpación de los lóbulos frontales del cerebro produce hiperactividad en los monos. Harry F. Harlow y sus asociados en la Universidad de Wisconsin redujeron el área crítica: la hiperactividad y la distracción aparente podrían ser producidas en los monos trasladando una sección de la corteza granular hacia la parte posterior del lóbulo frontal. En una serie de experimentos, George D. Davis de la Louisiana State University School of Medicine ha descubierto que los efectos de la extirpación del lóbulo en los monos pueden ser trastocados por una droga estimulante; reduce la superactividad del animal y mejora su concentración. Como siquiatra de niños, en activo, estoy interesado en primer lugar en el tratamiento del síndrome de hiperactividad. La anfetamina y otros estimulantes producen

tan buenos resultados que es tentador el basar el tratamiento en el empleo de una droga. Su efecto es sin embargo solamente temporal; cuando el efecto de la droga desaparece, el niño vuelve a su acostumbrada conducta. Además, la persistencia en la droga durante la adolescencia hace correr el peligro de que el niño abuse de ella o de que se vuelva drogadicto. Por eso empleamos las drogas solamente para hacer capaz a un niño hiperactivo de un buen comienzo en la escuela y para evitar que sea un resentido o un inseguro. Mis colegas y yo nos consagramos principalmente a adaptar el medio a las necesidades del niño en desventaja.

Este acercamiento asegura el dar informes prácticos a los padres y el ayudarles a aplicar técnicas de la terapia de la conducta. También ayudamos a los maestros de los niños a planear la manera de obviar sus dificultades en el aprendizaje. El instruir a los padres y maestros en lo que son los problemas de los niños hiperactivos y en cómo manejarlos para ofrecer la mejor esperanza de permitir a los pacientes desarrollar su confianza y ser felices a pesar de las limitaciones de su temperamento.

eduteca

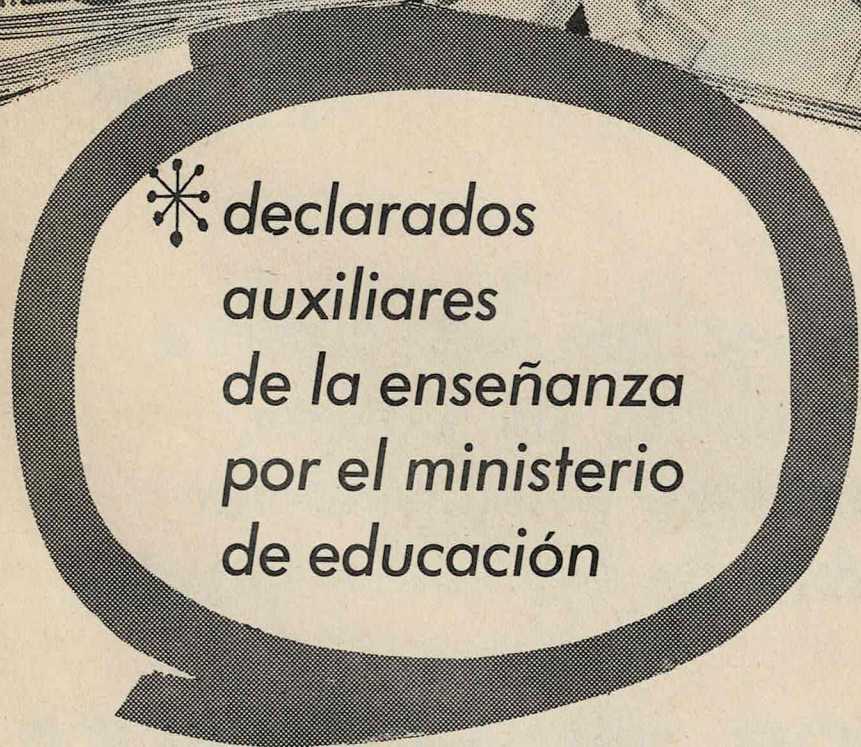
PRESENTE EN LA TEMPORADA ESCOLAR 1971
CON EL SET COMPLETO




DE
santillana

TODOS LOS TEXTOS
DE ENSEÑANZA
BASICA DE
1° A 8° AÑO



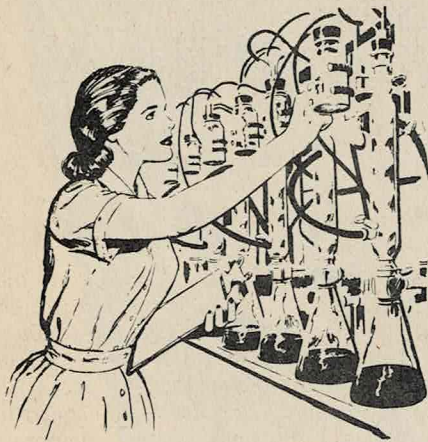



 declarados
 auxiliares
 de la enseñanza
 por el ministerio
 de educación

luteca

.....
 EDITORIAL SANTILLANA
 80 - 2° PISO - TEL. 394893

*la más alta calidad pedagógica
 para la enseñanza básica.*



Cada vez que Ud. compra
un boleto de Lotería,
contribuye a incrementar
los fondos de las Universidades.

SORTEOS QUINCENALES
LOTERIA

Otro problema de la educación especial: el mal peor de todos

por LILY VEGA

A simple vista no parece una escuela sino una de las tantas casas un poco antiguas que se encuentran por los caminos de "La Reina", amplia, asoleada y con bastante terreno de árboles y pasto.

Mientras conversamos con la directora y una profesora, se acercan algunas niñas y nos saludan, se ven muy alegres y amistosas. Sobre todo una, que debe ser la más pequeña, se acerca repetidas veces como para llamar la atención. La profesora, que es muy joven, le acaricia el pelo y la niña se aleja corriendo por el pasillo.

En total son doce niñas y sus edades fluctúan entre los ocho y los quince años. Al verlas es casi imposible pensar que todas ellas sin excepción fueron prostituidas. La mayoría de las que han sido aprendices callejeras, lo han hecho obligadas por sus propios padres, que las explotan en beneficio propio. Las demás constituyen casos de niñas violadas en su hogar por sus padres, hermanos o simplemente por allegados que nunca faltan en las familias de los sectores desclasados del pueblo y del lumpen. Esta es la primera y única escuela fiscal (1) creada con el objeto de rehabilitar a estas niñas e integrarlas a la sociedad. Existen otros organismos que acogen a este tipo de niñas, pero son particulares y muchos de ellos están en manos de religiosas.

La escuela cuenta con un equipo de profesionales para atender a las niñas. La directora nos explica que si se aumentara el personal de inspectoras que viven en la escuela-hogar, inmediatamente se podría dar cabida a por lo menos quince niñas, eso sí, tiene que ser personal preparado para afrontar cualquier tipo de problemas o accidentes. Los ataques de histeria son frecuentes, debido a que la experiencia sexual tan precoz les provoca diversos trastornos, tales como neurosis, psicosis, etc.

Actualmente la escuela cubre de 1º a 6º año de enseñanza básica. Sólo una niña está en 7º año y sale a estudiar a un colegio de afuera, pero continúa viviendo en la escuela. Paralelamente se les enseña también oficios prácticos. Después se piensa aumentar los cursos hasta 4º año de enseñanza media.

La directora nos dice que aún queda mucho por hacer: construir más pabellones que sirvan de dormitorios y talleres, para dar cabida a alrededor de sesenta niñas. Entonces, la actual escuela funcionaría como hogar-casa-observación de los demás hogares que estarían repartidos en los 10.000 m². de terreno que ésta posee. También se hace necesaria la construcción de una piscina y un gimnasio que sirvan de recreación a las niñas durante sus ratos de descanso. Es muy importante mantenerlas ocupadas y entretenidas. La enseñanza de las niñas se hace por niveles, pues cinco de ellas llegaron siendo analfabetas y otras, en cambio, tenían mayores conocimientos. Las doce niñas con que su fundó la escuela (hace sólo seis meses), se encuentran ahora alfabetizadas y en proceso de educación. Acaba de concretarse con el director de Cine Experimental de la Universidad de Chile, Pedro Chaskel, que este servicio vaya una vez por semana a proyectar películas educativas, en parte para borrarles posibles malas impresiones del cine visto con anterioridad y además para instruir las y entretenerlas, ya que en los fines de semana tienen mucho tiempo libre, que aprovechan para hacer paseos por los campos de los alrededores.

En fin, en este campo queda aún sin duda mucho por hacer. Seguramente que el Gobierno Popular (2) tendrá en cuenta los resultados tan positivos de este centro, que de hecho es una escuela piloto, y dispondrá la creación de nuevas escuelas en Santiago y los centros más poblados del país, en donde el problema es más grave. Tenemos información del éxito que ha tenido en Cuba la rehabilitación de la población en desventaja social, incluso de las prostitutas adultas. Y es que sólo en los países que pasan al socialismo se procede organizadamente a eliminar esta lacra social que en el orden capitalista es legalizada y defendida.

En todo caso, lo inmediato es poner atajo a la prostitución precoz, recuperando, mediante educación adecuada, a miles de seres que apenas han comenzado a vivir.

(1) Por razones obvias (sensacionalismo periodístico) no se menciona aquí el nombre de esta escuela.

(2) Debido al atraso de varios meses con que fue entregada esta edición, incluimos aquí la visita que se relata, efectuada en octubre de 1970.

algunos

experiencias

relatan madres

de excepcionales

ALGUNAS EXPERIENCIAS

La siguiente encuesta, practicada entre un número de madres de niños excepcionales, tuvo lugar en las escuelas de educación especial que oportunamente se indican, y abarca casos de niños que sufren debilidad mental, niños lisiados, ciegos, con parálisis cerebral y disléxicos.

Como en encuestas anteriores, se mantiene el lenguaje que usaron las personas entrevistadas, casi en su totalidad. Las respuestas revelaron un índice muy positivo de técnica en el trato de estas madres hacia sus hijos "excepcionales", aun en casos de personas de vida muy modesta. Sin embargo no es el panorama real referente a estos niños, ya que la vida tan precaria que un enorme número de familias obreras lleva en las poblaciones marginales, y la distancia entre esas poblaciones y los centros asistenciales y escuelas, deja sin atención a miles de niños. Por otra parte, es grave la escasez de escuelas de educación especial en nuestros grandes centros poblados, hecho que se advierte inclusive en los registros que las escuelas existentes llevan para anotar a los niños que no han podido ser ingresados debido a plétora de alumnos.

El Cuestionario

- 1 ¿Consideran ustedes que el problema de su hijo es una enfermedad incurable y progresiva?
- 2 ¿Creen ustedes que los problemas presentados por sus hijos, obedecen exclusivamente a causas hereditarias?
- 3 ¿Piensan ustedes que la alimentación de la madre y el clima afectivo que la rodea durante el período pre-natal, tenga ingerencia en la aparición de ciertas anomalías en el niño?

4 ¿Hubo en el nacimiento de su hijo circunstancias negativas (forceps, asfixia u otras anomalías)?

5 ¿Creen ustedes que una alimentación suficiente y nutritiva otorgada al niño, especialmente durante la primera y segunda infancia, es fundamental para un desarrollo normal?

6 ¿Atribuyen ustedes a su conducta afectiva alguna influencia en la formación de conductas anómalas en sus hijos?

7 ¿Se preocupan ustedes por evitar las altas temperaturas y las enfermedades infectocontagiosas en sus hijos, especialmente los más pequeños?

8 ¿Consideran ustedes una desgracia tener un hijo excepcional?

9 ¿Da usted un trato diferente al otorgado a los demás miembros de la familia, a su hijo excepcional?

10 ¿Estarían ustedes de acuerdo con la siguiente afirmación: "las actitudes de rechazo y sobreprotección ahondan los problemas del niño excepcional"?

11 ¿Son ustedes y los demás miembros del hogar, agentes que brinden al niño excepcional, en todo momento, oportunidades para que pueda desarrollarse normalmente de acuerdo a su propio ritmo?

12 ¿Estimula a su hijo excepcional para que participe en actividades del diario vivir, junto a sus hermanos? (juegos, paseos, fiestas, visitas, trabajos domésticos, etc).

13 ¿Qué oportunidades dan a su hijo excepcional para que se relacione con los niños del barrio u otros, para que participe en sus juegos y elija a sus amigos?

14 ¿Ha mantenido usted una observación constante de las reacciones de su hijo desde que nació?

15 Si sus observaciones le revelan que su hijo se está desarrollando y reaccionando en forma diferente a otros niños ¿qué medidas tomaría Ud.?

16 ¿Han pensado ustedes en la ventaja que significa a su hijo excepcional, una educación precoz, es decir, comenzar a educarlo desde el momento en que nace?

17 Consecuente con la pregunta anterior, ¿se han preocupado por acudir a los establecimientos especializados (hospitales o escuelas de educación especial) a solicitar orientación para educar a su hijo?

18 ¿Se informa usted periódicamente de los progresos y dificultades de su hijo en la escuela, a fin de cooperar con los especialistas?

19 ¿Continúa en el hogar la importante tarea de formar en su hijo hábitos de orden, aseo, trabajo, etc.?

20 ¿Brindan a su hijo, en forma sistemática, oportunidades para que se exprese en alguna hora de las que permanece en el hogar, a través de las artes plásticas, la música, el baile, el lenguaje oral y escrito, etc.?

Las madres que responden a continuación, tienen sus hijos en la Escuela de Educación Especial N° 32, ubicada en Ricardo Morales 3369, barrio Gran Avenida, directora señora Kira Díaz. Atiende debilidad mental.

MADRE PRIMERA

- 1 No, al niño lo tengo en esta Escuela desde la edad de 7 años y ha progresado notablemente. Antes estaba en una escuela para niños normales, pero no aprendía, así es que lo mandaron para acá.
- 2 No, tengo otros dos hijos que son absolutamente normales. Yo creo que la enfermedad del niño se debió a un golpe muy fuerte que fue lo que me produjo el parto a los siete meses de embarazo. No lo pusieron en incubadora porque no lo consideraron necesario.
- 3 Creo que eso influye enormemente. Tuve a mi hijo excepcional siendo soltera, lo que me acarreó muchos problemas con mi familia. Fue una época muy dura.
- 4 Mi niño fue prematuro y nació en la casa con la ayuda de una practicante, que me hizo sentar en una bacinica y en ese momento nació la guagua, golpeándose la cabeza al caer en el tiesto.
- 5 Sí, por supuesto. Mi hijo tuvo anemia a la edad de 7 meses, después cogió una enfermedad a los huesos y tenía que llevarlo continuamente al hospital, donde le sacaban líquido y le hacían transfusiones de sangre, lo que también debe haberle afectado mucho.
- 6 No.
- 7 Mis niños se resfrían, pero yo creo que eso les pasa a todos. En el Hospital Arriarán los vacunan cuando lo necesitan.
- 8 No.
- 9 No, a todos les doy el mismo tratamiento.
- 10 No, no creo que esto les afecte mayormente.
- 11 Sí, en la casa tiene todas las facilidades, los demás hermanos y su padre también me apoyan.
- 12 Siempre que salimos, vamos todos. Además él siempre está pendiente para ayudarme en los quehaceres de la casa.
- 13 Tiene bastantes amigos en el barrio, pero muchas veces es rechazado por sus modales bruscos. Es muy peleador, pero cuando le pegan a él, no sabe defenderse.
- 14 No me preocupé de esto hasta que un día me llamaron de la escuela, y me dijeron que el niño tenía problemas de aprendizaje.
- 15 En la misma escuela que me hablaron sobre la deficiencia del niño, me señalaron que tenía que acudir al doctor para tratar de colocarlo en una escuela especializada.
- 16 Sí, lo he pensado y creo que es lo principal.
- 18 En la misma escuela me dan las instrucciones que debo seguir.
- 20 Lo que más le gusta son los trabajos manuales, también le agrada escuchar música y jugar con plasticina.

MADRE SEGUNDA

- 1 Tengo un niño de 6 años y una niña de 9 años actualmente en la escuela, y no creo que la enfermedad de ellos sea incurable ni progresiva, ya que los dos han tenido un progreso notable que ni yo ni los médicos esperábamos.
- 2 Realmente, yo no lo diría, pero mis niños tienen varios primos en segundo grado con este tipo de problemas. En la familia de mi marido se ha presentado el caso con mucha frecuencia.
- 3 Sí, por supuesto, pero en ningún caso fue ése mi problema.
- 4 Sí, el parto de la niña fue muy problemático, nació asfixiada y la tuvieron que poner en una "cámara resucitadora". Los médicos atribuyeron a esto la enfermedad. Por eso para evitar estos problemas, el parto del niño se hizo con

una operación cesárea, para que éste no sufriera daños, pero al parecer no era ése el problema.

- 5 Sí, yo creo que es fundamental.
- 6 No, siempre hemos tratado de darles el mismo ambiente que tienen todos los niños normales.
- 8 No, una desgracia yo creo que no, pero sí una gran pena, ya que mis dos únicos hijos son lo que ustedes llaman excepcionales.
- 10 Sí, creo que los ahondan.
- 11 Sí, y en mi marido encuentro toda la cooperación posible.
- 12 Por supuesto, ellos van incluso a fiestas con nosotros, también les encargo con frecuencia trabajos domésticos.
- 13 Ellos se juntan con muchos amiguitos en el barrio y creo que no tienen más problemas que los de los niños normales.
- 14 Sí, desde luego, en el caso de la niña, me di cuenta de su deficiencia cuando tenía 5 meses o quizás un poco antes. Entonces la llevé de inmediato donde el doctor Olea, después siguió su tratamiento en el Hospital Roberto del Río, donde estuvo en tratamiento kinesiterápico. Lo mismo sucedió con el niño.
- 16 Es fundamental.
- 18 Todos los días me informo directamente con la profesora. En casa tengo que hacerles ejercicios de foniatría y de psicomotricidad fina. En general, hago todo lo posible por atenderlos, pero encuentro que algunos padres no hacen lo mismo. De esto me doy cuenta, pues soy la presidenta del centro de padres.
- 20 Hacen todo lo que haría un niño normal y además les encanta pintar con acuarelas y hacer figuras en plasticina.

Escuela Educación Especial Nº 2, ubicada en Larraín 6374 de La Reina, directora señora Violeta Pizarro. Atiende debilidad mental.

- 1 No, tengo un niño de 18 años, y hace ya tres años que está en esta escuela. Antes estuvo en la Escuela 360 para niños normales desde la 3era. preparatoria. Actualmente aprende estampado en telas, sabe leer perfectamente y también escribe un poco.
- 2 No, tengo otros 4 hijos completamente normales.
- 3 Sí, yo creo que cuando una está tranquila y se alimenta bien, no hay problemas.
- 4 Fue un parto normal.
- 5 Sí, por supuesto, todos mis niños son sanos porque a todos les he dado pecho hasta los dos años más o menos.
- 6 En el caso de mi niño, yo le echo la culpa a mi esposo. Un día llegó de mal genio del trabajo y le pegó con mucha dureza justamente a mi hijo enfermo, que es el mayor. El niño se asustó mucho, pues mi marido jamás les pega. Poco después que esto ocurrió, tuve que llevar al niño a la clínica de psiquiatría infantil, pues su comportamiento en la casa y en la escuela cambió por completo.
- 7 Sí, a todos los vacuno oportunamente. Mi hija menor tiene 8 años.
- 8 No, yo quiero mucho a mi hijo y sé que de esta escuela va a salir capacitado para trabajar. Por otra parte, ha aprendido a coser su ropa. En general, sabe hacerse todas sus cosas, porque le enseño por si algún día yo le faltara.
- 9 No, el médico me ha aconsejado que lo trate como niño normal.
- 10 No, yo creo que el exceso de cariño no puede ser nunca perjudicial. La falta de afecto sí que podría ser fatal para un niño como el mío.
- 11 Sí, sus hermanos y su padre lo tratan muy bien.

12 Sí, él participa en los juegos como cualquier niño normal, también le gusta ayudarme en los quehaceres del hogar.

14 A los 7 años lo llevé por primera vez al hospital de psiquiatría infantil y desde ese momento ha estado en tratamiento permanente.

18 Sí, aunque él no tiene que seguir ningún tratamiento especial en la casa, porque viene a la escuela en la mañana y en la tarde.

Escuela de Educación Especial N° 6, ubicada en Avenida La Paz 850, directora señora Regina Aubry. Atiende debilidad mental.

La persona que responde a estas preguntas, es el abuelo de una niña de 12 años que estudia en Esta Escuela. El cree estar capacitado para responder, ya que su nieta es de la hija separada que vive con él, junto con sus otros cuatro hijos.

1 La niña ha estado en tratamiento en la Clínica de Psiquiatría Infantil y con esto ha progresado mucho.

2 No, mis otros nietos son normales.

3 Cuando mi hija estaba esperando su primera guagua, tuvo un susto muy grande que la afectó mucho. Yo pienso que ésa puede ser la causa de la enfermedad de la niña.

4 Todos sus partos han sido normales.

5 Sí.

6 No, ella siempre ha estado rodeada de afecto.

7 Sí.

8 No, pues mi nieta está mejorando cada día más y yo creo que se va a normalizar por completo.

9 No, a todos los tratamos igual.

10 No, creo que no influye en nada en su mejoría.

11 Sí.

12 Sí, ella participa de los juegos y paseos, también le encanta ayudar en los trabajos de la casa.

13 Ella baja a jugar todas las tardes con sus amigas del barrio, nosotros vivimos en un edificio de departamentos, así es que no tienen mucho espacio para jugar dentro de la casa.

14 Sí, desde muy pequeña la niña empezó con el tratamiento psiquiátrico.

16 Cada dos o tres meses yo vengo a la escuela y me informo sobre la situación de la niña.

17 Sí, por supuesto, todos los días antes de salir para la escuela su madre la revisa de modo que vaya bien aseada.

18 Cuando la niña llega de la escuela, como las niñas normales hace sus tareas, luego sale a jugar a la calle con sus amigas del barrio, y después su madre la llama para comer y en seguida irse a dormir.

Respondieron a nuestra encuesta, dos madres, que tienen sus hijos en la Escuela de Educación Especial N° 4, ubicada en Augusto Villanueva 281, directora señora Olga Romero. Atiende lisiados.

MADRE PRIMERA

1 Tengo un niño de 11 años, el segundo de los 4 que he tenido. Fue víctima de la poliomielititis, y lo traje a la escuela a la edad de 5 años, no caminaba en absoluto y los médicos me habían dado muy pocas esperanzas. Sin embargo, actualmente camina con sus muletas por todas partes.

2 No corresponde al caso.

3 En algunos casos sí.

4 No.

5 Sí, por supuesto.

6 y 7 Tengo tres niños hombres y una niña pequeña, todos son totalmente normales.

8 No, pues mi hijo es normal en todos los otros aspectos.

9 No, a todos los quiero y los trato de la misma manera.

10 Sí, por supuesto y es por eso que siempre he tratado de darle el mismo tratamiento que a los demás.

11 Sí, y en todos los demás miembros de la familia encuentro cooperación.

12 Siempre que salimos, vamos todos juntos.

13 El niño tiene amigos como cualquier otro niño. Con decirle que juega hasta fútbol.

14 Nosotros vivíamos en Polpaico cuando el niño se enfermó, a la edad de 5 meses. Entonces lo traje inmediatamente a Santiago, primero al Hospital Arriarán y luego al Roberto del Río, donde estuvo en tratamiento.

16 Continuamente está con tratamiento en el hospital, fuera del que sigue en la escuela. Es muy buen alumno. Cada cierto tiempo tienen que enyesarlo desde el cuello a la cadera.

MADRE SEGUNDA

1 No, mi hijo padece de parálisis cerebral, lo tengo en la escuela desde los 7 años y ha progresado mucho.

2 No, mi otro hijo es completamente normal y en mi familia no hay otro caso de niño excepcional.

3 Podría ser, pero no es mi caso.

4 Yo tengo RH- y mi marido RH+. Los médicos no supieron esto con anterioridad, lo que produjo problemas en el momento del parto. Además, el niño debió nacer con la ayuda de forceps y asfixiado. Los médicos creen que a esto se debe su enfermedad.

5 Sí, por supuesto.

6 En mi caso, no.

7 Sí.

8 No, de ninguna manera.

9 Lo tratamos igual que al resto de la familia. Su hermano menor estuvo en tratamiento con un psicólogo, para que el hecho de tener un hermanito excepcional no le afectara. Mi hijo enfermo es el regalón de mi marido.

10 Sí.

11 Sí y encuentro toda la cooperación de mi familia.

12 Sí, él va a fiestas, a cumpleaños y en general a todas partes donde nosotros vamos.

13 No tiene problemas con los demás niños.

14 Desde la edad de 4 meses estuvo en tratamiento particular.

18 En la casa tengo que continuar con los ejercicios de foniatría y con los que me indica el kinesiólogo.

19 Mi hijo es muy comunicativo, diariamente nos cuenta todo lo que ha hecho en la escuela, le encantan la música y los trabajos manuales, pintar con acuarela y jugar con plastilina. Las matemáticas y el castellano son los ramos que más le gustan.

Se consultó a dos madres, en la Escuela de Educación Especial N° 3, ubicada en Rosita Renard 1179, director señor Raúl Uribe. Atiende ciegos.

MADRE PRIMERA

1 Tengo en la escuela dos niñas de 16 y 15 años respectivamente, y creo que la enfermedad que las aqueja es incurable y progresiva. Mi hija mayor tenía al nacer visión en ambos ojos, pero la perdió por completo a la edad de 6 años y la que tiene 15 ya no ve casi nada.

2 No, en mi familia no se han presentado otros casos, además los médicos me han asegurado que no.

- 3 En mi caso eso no ha sucedido, pero en otros casos lo creo posible.
- 4 No, los dos partos fueron normales.
- 5 Por supuesto que sí..
- 6 No corresponde.
- 7 Sí.
- 8 En ningún caso, pues mis hijas se están especializando en tejido a telar y además tocan el acordeón y la guitarra, lo que les permitirá afrontar la vida.
- 9 No, ellas participan de la vida del hogar como todos los niños normales.
- 10 Indudablemente que sí.
- 11 Con mi marido tuve algunas dificultades pero creo que están superadas. Sí, de mi familia reciben un trato normal.
- 12 Realizan todo tipo de actividades fuera y dentro del colegio, salen de paseo, juegan y van a las fiestas que organiza la escuela.
- 14 Desde muy pequeñas han estado en tratamiento, primero en el Hospital Rob. del Río, y luego en El Salvador.
- 16 Es muy importante para que ellas se consideren normales.
- 18 Ellas tienen que estar en tratamiento permanente tomando gotas y pastillas que les recetan los médicos.
- 19 Por supuesto, los fines de semana, cuando mis niñas se encuentran en casa, el aseo y la comida corren por cuenta de ellas mientras yo aprovecho para descansar.
- 20 Como mis hijas están internas, cuando permanecen en casa los fines de semana, tejen, cosen, cocinan y practican música. Nunca les falta qué hacer.

MADRE SEGUNDA

- 1 Tengo tres hijos: dos niñas y un niño. Las niñas se educan en esta escuela especial, pero una solamente está interna. Las dos sufren catarata congénita, la mayor no ve casi nada y la menor todavía ve bastante, pero yo creo que ambas van a terminar como yo, que no veo nada, a pesar de que los médicos me dicen que la enfermedad se mantiene estacionaria. En fin, como ahora hay nuevos medicamentos, todavía tengo esperanzas.
- 2 Sí, nosotras somos cinco hermanas, todas enfermas de la vista. También tengo varios sobrinos que sufren el mismo mal. A mi hijo menor le va muy mal en el colegio y él me dice que es porque no alcanza a ver el pizarrón, pero en el colegio la visitadora no me cree, así es que no quiere darme un certificado médico para que pueda entrar a la misma escuela en que están las niñas. Este año pienso hacerle otro empeño para que me lo admitan.
- 3 Sí, yo creo que eso influye mucho, pues el niño recibe todo lo que experimenta la madre. Yo pasé demasiadas incomodidades cuando esperaba a mis niños y esa, creo yo, que es la causa de que sean todos tan nerviosos.
- 4 No, ninguna.
- 5 Sí, yo creo que es muy importante.
- 6 Me casé con un viudo y mis hijos siempre tuvieron problemas con sus hermanastros, lo que sin duda ha influido en sus caracteres.
- 7 Mis niños han sido siempre muy sanos, yo los atendía por medio del Seguro. El más chico sufre de bronquitis aguda, pero nada más.
- 8 No, yo creo que son cosas que Dios nos manda y hay que soportarlas con resignación. Mis hijas aprenden tejido a telar y a palillo, también aprenden cestería. La escuela realiza exposiciones muy lindas donde ellas pueden vender sus trabajos.
- 9 No, a los tres les doy el mismo trato. La más chica me acompaña a trabajar en las tardes cuando no va a la escuela. Yo soy vendedora de estampillas de impuesto y no

- puedo andar sola por las calles, porque como ya le dije, no veo nada.
- 10 Sí, por supuesto.
- 11 Mis chicas no salen ni tienen amistades, pero el colegio les organiza diversas actividades (fiestas, coros, etc.).
- 12 Los días festivos siempre salgo con los tres a ver a mis familiares.
- 15 A mi hija mayor la operaron a los diez meses de edad y a la menor a los nueve. Ambas han sido operadas de cataratas.
- 18 Mis hijas no necesitan tratamiento en la casa, pero sí tienen que ir al Hospital Salvador a control para el cambio de lentes.
- 20 Cuando están en la casa lo que más les gusta es escuchar música y ponerse a bailar. También me ayudan en las tareas del hogar.

En la Escuela N° 24, ubicada en Avenida Profesor Zañartu 1085, de la que es directora la señora Amelia Castro —atiende parálisis cerebral y dislexia— se pronuncian sobre nuestra encuesta, dos madres.

MADRE PRIMERA

- 1 No, en ningún caso, ya que tengo a mi niño en la escuela desde los 2 años, actualmente tiene 7, y su progreso intelectual es notable, aunque en el aspecto físico no ha progresado en absoluto e inclusive yo diría que ha retrocedido.
- 2 No, porque tengo otra hija que es normal.
- 3 Indudablemente que sí.
- 4 Cuando el niño nació, me hicieron una operación cesárea, pero no creo que esto haya provocado la enfermedad, ya que el niño fue perfectamente normal hasta la edad de 2 años. Ni los pediatras ni los especialistas han podido darme nunca una explicación de cómo fue que de repente mi niño se enfermó.
- 5 Por supuesto.
- 6 El niño está sumamente regalón conmigo ya que soy la encargada de cuidarlo y atenderlo y aunque yo trato en lo posible de no mimarlo demasiado, esto es muy difícil, a pesar de que estoy de acuerdo con el médico en que esto podría ser perjudicial para él.
- 7 Obviamente.
- 8 Al principio no nos podíamos conformar, pero actualmente tenemos el problema superado y tratamos al niño como un niño normal.
- 9 Trato por todos los medios de no hacerlo.
- 10 Sí.
- 11 Sí, mi otra hija siempre ha cooperado conmigo en ese sentido. A mi marido no le queda mucho tiempo, pero me ayuda siempre que puede.
- 12 Lo llevamos a todas partes, nunca se le ha marginado de las actividades sociales.
- 13 En el barrio nuestro, en realidad no hay niños que puedan jugar con él, porque el nivel social de la gente es muy inferior al nuestro, pero siempre juega con las amigas de mi hija que vienen a casa, sus primos nos visitan a menudo.
- 14 Sí, por supuesto, ya que me he preocupado de que vaya a los establecimientos adecuados.
- 15 Acudir de inmediato donde el médico.
- 16 Sí, ya que el niño capta y asimila lo que se le enseña, prácticamente desde el momento en que nace.
- 18 Todos los días estoy con mi hijo en la escuela para ayudarlo en sus ejercicios y tareas.
- 19 Sí, aunque mi hijo es muy rebelde, pero siempre lo obligo a continuar en casa con el tratamiento.

20 Sí, lo que más le gusta es escuchar música, también se entretiene bastante con la televisión, y a pesar que tiene problemas de lenguaje, le encanta hablar por teléfono con su padre y sus compañeros de escuela.

MADRE SEGUNDA

1 No, porque ya he observado progresos notables en mi hija de 7 años.

2 No, en ningún caso, pues mis otros cuatro hijos son absolutamente normales.

3 Indudablemente que sí, ya que durante mi embarazo tuve problemas de tipo afectivo con mi marido y a causa de esto estuve muy enferma de los nervios.

4 Sí, fue un parto prematuro con asfixia por parte de la niña.

5 Indudablemente que sí, es fundamental.

6 Creo que la sobreprotección, como también la falta de afecto, le haría mucho mal a mi niña, por eso yo trato en lo posible de darle el mismo tratamiento que a mis otros hijos.

7 Por supuesto.

8 En ningún caso lo considero una bendición, pero ya he aceptado el hecho y trato de darle a mi niña el mismo trato que a mis otros hijos, sin esconderla del mundo.

9 No, a pesar de que es mi hija menor y la regalona de todos, yo le doy el mismo trato que a todos los demás.

10 Por supuesto.

11 Sí, y todos los demás miembros del hogar me apoyan en ese sentido, aunque yo creo que mi marido la mimó en exceso.

12 Por supuesto, siempre que salimos la llevamos con nosotros. Ella misma me pide colaborar en las tareas del hogar.

13 Mi hija es muy sociable, siempre asiste a los cumpleaños de los amiguitos que tiene en el barrio y son muchos, ella es ahí muy popular.

14 Sí, observación y tratamiento adecuado.

15 Consultar a un médico inmediatamente, por supuesto.

16 Por supuesto que mientras más luego se ponga en tratamiento este tipo de niños, tanto mejor.

17 Todos los días, sin excepción, debo estar en la escuela junto a mi niña, para ayudarla en sus ejercicios y trasladarla desde el gimnasio a la sala de clases. Todas las demás mamás deben hacer lo mismo, ya que la escuela no tiene personal suficiente para realizar estas tareas.

18 Sí, y en la casa continuo con los ejercicios y el aprendizaje que la niña hace en el colegio.

20 A mi hija le encanta la música y también baila con sus hermanos, que la toman en brazos. También pinta con acuarelas y juega con plastilina.

Encuestó: Lily Vega

LOS RASGOS DE LA ESCRITURA COMO HERRAMIENTA DE ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DE NIÑOS Y ADULTOS

Por IRENE TUCA

De la Escuela de Psicología de la U. de Ch.

Siempre que el ser humano desea conocerse lo hace a través de sus manifestaciones, tanto externas como internas: pensamientos y actos, ideas y gestos. Algunas de estas expresiones reflejan claramente características de la personalidad de un individuo, pero existen otras conductas del hombre, que solamente al ser analizadas en forma científica, por especialistas, permiten inferir rasgos del sujeto que se está estudiando. Este es el caso de la escritura, uno de los medios más importantes de expresión y comunicación que tiene el hombre, cuyas formas son susceptibles de ser investigadas.

Por ser una manifestación del ser humano, su escritura lo puede reflejar. En el lenguaje escrito, como veremos más adelante, pueden proyectarse estados de ánimo de un individuo, su autoestimación, su tipo de inteligencia, su imaginación, su comunicación y relación con los demás y con el medio en general. La técnica usada para el estudio de la letra es, como se sabe, la grafología.

La ventaja que tiene un análisis grafológico sobre otras técnicas de exploración de la personalidad, radica en el hecho de que la grafología tiene como objeto de estudio una expresión del individuo que queda intacta, desde el mismo momento en que fue vivida. Todo otro rastro que deje una vida humana sobre la tierra, se puede borrar, confundir, alterar por el olvido o por un recuerdo defectuoso. Sólo la escritura de un hombre guarda intacto su ritmo vivo y su expresión, y lo hará mientras exista. Otra importancia de la investigación grafológica se refiere a que ésta puede llevarse a cabo sin la presencia del sujeto.

A partir de la imitación, el niño realiza sus primeras letras. Al comienzo, él aprende a escribir dibujando lo más exactamente posible las formas caligráficas del modelo escolar. A esta etapa de la escritura se le llama "fase del movimiento imitador, voluntario y consciente".

Se dice que es consciente y voluntario porque todo su empeño se centra en ajustarse al patrón convencional dado por la escuela y no en el contenido de las frases. El es un simple dibujante. Si se observa a un niño de unos cinco o seis años de edad, cuando hace sus primeros palotes, se ve la inmensa atención que presta al movimiento gráfico que tiene como objeto dibujar el palote. El niño inclina su cabeza, saca la lengua, estira una pierna, etc. En el adulto esta actividad no se presenta.

A medida que el niño crece y que al mismo tiempo va perfeccionando su habilidad gráfica, se va despreocupando del dibujo de la letra. Atiende más al contenido y al mismo tiempo su escritura se va individualizando y apartándose del modelo enseñado. El grafismo pasa entonces a una segunda fase "etapa del movimiento modificador, involuntario e inconsciente".

Al pasar por la adolescencia, el lenguaje escrito sufre también los cambios propios de la edad. La escritura de

un adolescente se caracteriza por las desigualdades: desigualdades de orden, dimensión, velocidad. A veces se puede encontrar jóvenes que en algunas oportunidades tienen escrituras muy condensadas, y que otras veces llenan una página con sólo tres líneas.

En la adultez lo normal es que la escritura refleje los rasgos de la madurez, es decir, que sea individual, desprendida de todo modelo o pauta caligráfica y que al mismo tiempo sea estable, demostrando que las dificultades de la adolescencia han sido superadas.

A veces sucede que el modelo escolar se mantiene toda la vida. De esta manera se estructura un tipo de grafismo llamado "caligráfico".

Esta escritura refleja ausencia de originalidad y de fuerza creadora. Además expresa un sometimiento al convencionalismo ambiental.

Este es un ejemplo de letra caligráfica. Pertenece a un adulto, con fuertes principios morales. Tiene actitudes cerradas y rígidas a todo cambio.

*Oh qué cuadro tan hermoso!
Un prelado entre los niños!
Solo nuestra Religión
Si, tan solo el Cristianismo*

Con la vejez, la escritura adquiere nuevamente características infantiles: torsión, lentitud, vacilación, temblor. Todo esto es causado por la falta de pulso y el desgaste propio de la senilidad. En el niño se debe a la falta de práctica en la escritura. Por lo tanto no puede hacerse la misma interpretación.

*ya ~~de~~
lune por la mañana
esta el martes
bendre el ~~die~~
y me que dare*

Esta letra pertenece a un anciano de noventa y un años. En su escritura están muy marcadas las características del grafismo de la edad senil.

La siguiente es una escritura infantil (niño de 7 años).

La mamá de la do
La abuelo de
niño Nombre Co
de Preposición
dot

Antes de analizar la escritura misma se debe investigar las condiciones en que ésta fue realizada. Hay muchos factores que pueden influir en la letra de un individuo: materiales empleados, tinta usada, lugares de apoyo, condiciones físicas como el frío, calor, cansancio, etc. Es importante aclarar que estas condiciones no alteran profundamente una escritura. De todos modos, para evitar errores, el grafólogo solicita un segundo o un tercer documento.

Una vez identificadas las causas de la variación de una escritura, se puede pasar al estudio de las formas. Para cumplir tal finalidad la grafología usa un sistema racional que se pasará a profundizar.

Metodología y clasificación grafológica

La escritura debe ser analizada en relación a ocho variables llamadas géneros, que la grafología ha clasificado con el fin de seguir una metódica. Ellas son velocidad, orden, dimensión, presión, forma, inclinación, dirección y continuidad.

Los géneros se dividen a su vez en otras variables: "las especies", que son cualidades particulares de cada género. Por ejemplo, dentro del género velocidad están las especies rápidas, lenta, pausada, precipitada y otras. Las especies a su vez se subdividen en otras variables más pequeñas llamadas modos. Los modos son características peculiares de cada especie, que no tienen gran importancia porque no llegan a imponerse como rasgos dominantes en la conducta.

Con la instrumentalización metodológica adecuada, es posible inferir rasgos tales como los que a continuación se ejemplificarán.

Me gustaría que me dijera algunas cosas sobre mi personalidad. No estoy muy seguro de lo que soy en este momento. Ojala la grafología me fuera conocida. Yo estoy seguro de ella. Comienza muy bien. Mucho acerca de ella.

Escritura pequeña: Refleja una personalidad introvertida y reservada. Prudente, precavida, previsora y económica.

Son personas con afán de orden tanto interior como exterior. Son minuciosas y detallistas. Refleja además una capacidad crítica y analítica. En general estas escrituras se dan en personas tímidas, inhibidas socialmente, tendientes a la soledad y con un rico mundo interior.

Cuando me
analizan se
me da lo que
tengo que hacer
nunca voy

Escritura grande: Este tipo de grafismos se da en personas con dinamismo, con amplitud de ideas y sentimientos. Son sociables y desean tener gente a su alrededor. Son abiertas y expansivas. Son expresivas en sus gestos y palabras y en la acción.

Si Ud me dijera que puedo hacer con mis problemas. Yo se que Ud sabe más que yo me ve a decir mis problemas y me me va a dar soluciones, pero yo se que Ud también es psicólogo. Ojalá me gustara que Ud pudiera hacer algo por mí.

Escritura concentrada: Una escritura es concentrada cuando el texto está muy ocupado, es decir, que se dejan pocos espacios en blanco. Se trata de personas introvertidas. Refleja en general una personalidad seria, discreta y prudente. Son previsoras y económicas. Les es difícil abrirse a las personas, son reservadas; les gusta tener un mundo interior íntimo.

Cuando me analizan la
letra habla con toda franqueza
se, no me molestaré que
me diga mis cosas. De
ambos muchos cosas.

Mamá Eugenia

Escritura espaciada, pequeña: Una escritura espaciada en general refleja una persona sociable, abierta. También

refleja amplitud de ideas y de sentimientos. Son personas que necesitan ruido, actividad y colorido. En este caso se debe ser flexible porque la interpretación de rasgo "espaciado" debe ser distinto. Como la escritura es pequeña se trata de una persona tímida, con mucha inhibición social; autista, es decir, con mucha tendencia a la soledad.

Una escritura espaciada es aquella que deja mucho espacio en blanco en la hoja. Predomina el blanco sobre lo escrito.

Siempre me he frustrado
la arquitectura. Ojalá
este año pudiera quedarme
dentro de la universidad.
Cada vez que voy a clase me
siento con un peso en el pecho
y me cuesta mucho escribir
en las clases.

Escritura ascendente: Se da en personas entusiastas, activas y emprendedoras. Son personas ambiciosas y dinámicas. Tienen energías para realizar muchas cosas a la vez. Son optimistas. Por el contrario, la escritura descendente (sus líneas se desplazan en una dirección descendente) refleja a personas pesimistas, descontentas de sí mismas o de los demás. Son personas con poca vitalidad y fuerza para afrontar los problemas y las cosas en general. Ante los obstáculos más pequeños se deprimen y pierden el valor de continuar.

Esto bueno con unas pocas
líneas ¿verdad? ¿Cómo?
me dices que necesito unas
20 líneas y cuando fueres
que termine.

Escritura redondeada: Es redondeada cuando en la estructura de las letras predomina el elemento curvo. El movimiento curvilíneo refleja una actitud adaptativa fácil y espontánea al ambiente y situaciones sociales. Se da en personas intuitivas y más emocionales que racionales. Son dóciles y sumisas. Amables, espontáneas y sociables.

Llevo al momento de estar
el análisis pero en pocas
bien por mi impetuoso
de que puedo hacer bien
en esta situación

Escritura angulosa: Una escritura es angulosa cuando las letras están formadas por movimientos de trazo anguloso o triangular.

Se da en personas dominantes, agresivas, deseosas de imponer su criterio a los demás. Son personas más bien racionales que emocionales. Son combativas. Son rápidas y firmes en sus decisiones. Tienen iniciativa y son aptos para mandar.

A través de los ejemplos anteriores ha sido posible señalar la relación existente entre los rasgos temperamentales y los rasgos de la escritura.

Una profundización del tema precisa manejar con soltura los conceptos y tipos temperamentales.

Siguiendo al Dr. Maurice Periot (ex profesor de Fisiología de Marsella) tenemos fundamentalmente cuatro tipos temperamentales, cuya base se encuentra en la fisiología, en la endocrinología y en la neurología. Ellos son: linfático, nervioso, sanguíneo y bilioso.

Escritura y temperamentos

Linfático. Posee un carácter pasivo, perezoso y lento. Es sosegado y estable, pocas cosas llegan a agitarle, es poco emotivo. En su trabajo es rutinario, previsor. Es leal en sus sentimientos. Tradicional en sus costumbres. Carece de entusiasmo en su actividad. Es lento en su ejecución. Es preciso y puntual. Su imaginación es débil, sus gestos son sombríos, precisos y justos. No consume en su trabajo más fuerza que la necesaria, jamás se extralimita. Teme al peligro, a lo desconocido. Es prudente y reflexivo.

Su escritura carece de variaciones, se mantiene siempre igual o con muy pequeñas variaciones. Es muy lenta; muy redonda, monótona. Su grafismo denota poca energía. Muchas veces tiende a ser muy grande. Es una escritura que parece infantil a primera vista. Las líneas tienden a caer ligeramente hacia abajo. Este ejemplo de escritura cuyo autor es esencialmente linfático les ayudará a comprender mejor.

Atentamente,

sin liquidar del curso
girárselo, descontado

Nervioso. Su carácter es inestable, inquieto, caprichoso e impresionable. Se asombra y se intranquiliza con facilidad. Se rebela contra el ambiente. Es sugestionable y se caracteriza por cambiar continuamente de parecer. Carece de objetividad y distingue bastante mal el sueño de la realidad. Está gobernado por sentimientos de desconfianza y desprecio, con los que substituye las emociones de miedo y la aflicción. Es tímido y acomodativo ante los fuertes y adopta una actitud arrogante y orgullosa cuando se le presenta la ocasión.

Dada su excesiva sensibilidad, cualquier nimiedad, reconvencción o crítica le hace sentir una viva herida. Es vengativo, susceptible y rencoroso. Es curioso, infatigable, espía a todo el mundo o se informa de las cosas por medio de hábiles interrogatorios. Es intuitivo. Es inseguro no actúa solo, tiene la necesidad de la presencia o del

estímulo de los demás. Reúne muchas aptitudes pero es inestable en las tareas que elige y vive luchando contra sus vacilaciones interiores.

Su escritura es pequeña, inestable (cualquier estímulo pequeño le hace variar su letra). Es confusa, desordenada. Es rápida, retocada y desligada (desligada significa que dentro de una misma palabra las letras se encuentran separadas unas de otras).

Los puntos y los acentos a menudo están colocados con irregularidad, sin precisión; lo mismo las barras de las "t".

tareas planea hasta los últimos detalles. Su voluntad es tenaz, perseverante e inquebrantable. Es exigente con los demás y consigo mismo.

Es disciplinado y organizado en sus tareas. Es sistemático. Rige su conducta por serios principios morales.

Es de un carácter lacónico, serio, sobrio, concentrado, reflexivo y razonador. Posee una inteligencia objetiva, prefiere lo concreto a lo abstracto. Es un feroz luchador, que jamás abdica y los fracasos iniciales no lo abaten. Su escritura es segura, ordenada, sobria, precisa, constante y generalmente angulosa. Es concentrada, es decir deja pocos espacios en blanco.

*1. Aun me he tenido fi-
limes, ajenas y vez hasta que
ven reflejado en su estudio
quisiera. Cuando lo hago
Ello sentirá de estímulos*

*to escritos mis
i-circunstancialmente;
de ellos son de auto*

Sanguíneo. Su carácter es jovial, impulsivo, sociable y apasionado. Se ambienta bien en cualquier ambiente exterior. Es deslumbrador y desbordante. Exterioriza todo lo que siente. Necesita que lo escuchen, que lo admiren. Le encanta vivir en sociedad. Está siempre en movimiento. Es inagotable. Es eufórico, optimista y exuberante. Es poco tenaz y poco constante en los fines. Es rápido, preciso y ágil en los movimientos. Es emprendedor y confiado. Su escritura es grande, dilatada, rápida. Es muy movida, es ligada. En general posee muchos adornos, trazos superfluos y abundancia de trazos en espiral. Su letra es curvilínea pero no redonda como la del linfático. Igualmente que la escritura del nervioso, la del sanguíneo es también inestable.

Esta es una escritura que pertenece a un sanguíneo. La pluma aborda el papel. Su grafismo es rico en trazos inclinados hacia la derecha, lo que es muy típico en los temperamentos sanguíneos.

*gran confianza a
quien van dirigidas
y que le piden mucha*

Bilioso. Así como el sanguíneo es irradiente en lo emocional, éste lo es en el plano intelectual. Es rápido en las decisiones y perseverante. Una vez que tomó una decisión mental, no volverá atrás. Es resuelto, metódico. En sus

La grafología no se ha limitado a dar el diagnóstico de cualidades que determinan un carácter. Los grafólogos están trabajando con muy buenos resultados para que la grafología permita corregir defectos y desarrollar cualidades a través de la escritura. Nos encontramos frente a un campo nuevo, casi inexplorado, que abre nuevas puertas a la investigación: la **grafoterapia**.

¿Por qué una persona puede cambiar su conducta aprendiendo a modificar su escritura? La explicación que daremos es muy genérica, pero aclaratoria. Existe un principio de reversibilidad de los principios psicológicos, según el cual imponiéndose al sujeto una conducta o un hábito opuesto a un determinado fenómeno psíquico, logra vencer las causas que motivan un defecto de carácter o un estado enfermizo.

Pasando a nuestro tema de la escritura podemos aplicar este principio. La energía psicomotriz pasa desde el cerebro hasta la mano, imponiendo los movimientos gráficos determinados. Esta energía es reversible. Así como lleva desde el cerebro hasta la mano la traducción de una idea en imagen y de una imagen en el movimiento gráfico correspondiente, así también transmite desde la mano al cerebro la noticia de un movimiento. Nuestro cerebro es una central donde se reciben las noticias y se despachan las órdenes. El grafismo es un gesto que se hace en virtud de una idea traducida simbólicamente por el inconsciente y llevada por la energía psicomotriz a través del brazo y de la mano para su realización.

La idea a través de la tonalidad psíquica lleva al gesto. Después, por la reversibilidad de la energía psicomotriz, el gesto lleva la idea. Por lo tanto esforzándose por ejecutar el gesto gráfico correspondiente a una actitud determinada, se puede al fin obtener esa actitud psíquica deseada.

La grafoterapia que interesa al psicólogo y al pedagogo es la educación y reeducación del grafismo. El Dr. Streltski da tres postulados en los que se basa dicha psicoterapia:

1) Un gesto gráfico repetido en forma habitual y metódicamente disciplinado, influye sobre el significado psicológico correspondiente a dicha grafía.

2) Una disciplina motriz educadora es capaz de corregir estados psíquicos desviados.

3) A la reeducación de los movimientos puede añadirse la autosugestión, haciendo que el texto utilizado evoque las ideas que se quieran desarrollar en el sujeto enfermo. Citaremos un ejemplo para destacar la importancia que actualmente se concede a la grafoterapia. Se trata de un trabajo hecho por el Dr. Resten (grafólogo francés) publicado en el Boletín de la Sociedad Francesa de Grafología (Nº 40 de "La Graphologie"). —Yo he seguido— dice el Dr. Resten— durante cierto tiempo el caso de una mujer de 60 años que se imaginaba sufrir una cardiopatía grave. De hecho, su corazón estaba en perfecto estado. Sin embargo, al examinar su escritura me di cuenta que era una mujer exaltada, inquieta, habladora, incapaz de reposo moral y físico. Estos rasgos de carácter eran bien evidentes en su escritura de trazos movidos, desordenados, desproporcionados, con finales de letras exagerados, puntuación inexacta y signos inútiles. Escritura que, además, no presentaba ninguno de los gestos de sufrimiento propios de los cardíacos. Me parecía —dice el Dr. Resten— un caso justificable de una grafoterapia. Y éste fue el tratamiento que yo instuí, después de haber aconsejado que se hiciera visitar por un especialista en enfermedades al corazón, más por el efecto moral que yo esperaba sobre mi enferma que por apoyar mi diagnóstico (mi colega le certificó que su corazón se portaba muy bien). Y la enferma, después de unas cuantas sesiones de estas psicoterapias, "se porta como una flor".

Aplicaciones de la grafología a otras disciplinas

La grafología, además de ser un aporte al campo de la clínica, es uno de los medios más utilizados en la selección de personal para empresas. También está aportando en los estudios de criminología, en orientación profesional, en pedagogía. Ha contribuido al análisis biográfico de los grandes genios contemporáneos. Durante la últi-

ma guerra mundial sirvió para estudiar la psicología de los mandos enemigos. Actualmente en las clínicas modernas de Estados Unidos se está usando para el análisis de los enfermos antes y después del electro shock y de operaciones quirúrgicas, para seguir el curso de las enfermedades y de su curación, y también con fines terapéuticos.

Síntesis general

La escritura es un medio de expresión universal pero al mismo tiempo es una conducta individual, en el sentido de que cada persona tiene una escritura propia distinta de todas las demás. Como expresión general, el lenguaje escrito tiene cualidades similares, las cuales son reflejo del estado de la sociedad. Esto nos lleva a la idea de que haciendo un estudio de la escritura de un grupo social, podemos llegar a encontrar características de ese grupo.

Aunque existen cualidades comunes en los escritos de los individuos de un grupo social, es evidente que cada escritura tiene su sello propio. Cada hombre proyecta su individualidad en el dibujo de la forma de las letras. Y así como no existe un individuo igual a otro, tampoco existe una escritura idéntica a otra. La diversidad de escritos es algo increíble. Se ha demostrado ("Les bases fondamentales de la Graphologie et de l'Expertise en Ecriture, p. 22) que el trazado de un solo palote permite 8.547 variaciones. Si la escritura es una expresión propia de cada individuo, ¿por qué no utilizarla como herramienta de estudio de esa individualidad? Es así entonces, cómo la grafología es una disciplina capaz de aportar hechos a la investigación de la naturaleza y de la dinámica de la personalidad del ser humano.

BIBLIOGRAFIA

Augusto Vels — Escritura Personalidad
Rafael Lacueva — La clave de la grafología
Crepieux Jamin — A B C de la Graphologie

un **SEGUNDO MAESTRO** para el alumno

COLECCION FONTANA

2º ciclo básico

ZIG ZAG

Esto es lo que pide actualmente el profesor al texto de estudio: ser efectivamente un "segundo maestro" para sus alumnos. Es decir, una plena integración a los nuevos programas de enseñanza, una alta eficacia como instrumento de aprendizaje para el niño, un aporte efectivo y creador a su propia labor educadora. Los textos para el 2.º Ciclo Básico de la Colección Fontana constituyen una positiva respuesta a este anhelo del profesorado. ZIG-ZAG se complace en entregar este esfuerzo editorial a la consideración de los señores profesores de Enseñanza Básica, con sus mejores deseos de servir a la educación chilena.



características pedagógicas fundamentales

Elaborados por equipos de especialistas altamente calificados, bajo la coordinación de figuras relevantes de la Reforma Educacional.

Plenamente integrados a los nuevos programas de estudio. Cada texto constituye un todo pedagógico **orgánico**, que proporciona al profesor una pauta completa y creadora para la organización y desarrollo de sus clases.

Se orientan eficazmente al desarrollo de las conductas específicas prescritas por los programas.

Su riqueza, claridad y dinamismo metodológicos permiten la participación integral del niño en el proceso de aprendizaje.

El lenguaje y tratamiento general de cada texto está cuidadosamente adecuado a la edad y psicología del niño.

Han sido concebidos con un criterio nacional, es decir, son válidos para cualquier zona del país y para alumnos de todo nivel socioeconómico.

Incluyen abundantes ilustraciones a todo color, plenamente funcionales. Alta categoría editorial.

Se complementan con Guías del Maestro, efectivamente integradas a los textos del alumno.

COLECCION FONTANA

Asignatura de Castellano

Coordinador: Felipe Alliende.

- 5.º BASICO: Fernando Castro, Corina Rosenfeld, E° 33.-
6.º BASICO: Felipe Alliende, Ximena Cabrera, " 35.-
7.º BASICO: Eugenia Zúñiga, Celia Dorna. " 38.-
8.º BASICO: Felipe Alliende, Mario Rodríguez. " 38.-

Asignatura de Ciencias Sociales

Coordinador: Hernán Godoy.

- 5.º BASICO: Raúl Guerrero, Hilario Hernández, Claude Laugénie. " 33.-
6.º BASICO: Dositeo Morales, Ana María Errázuriz. " 33.-
7.º BASICO: Raúl Samuel, Sergio de los Reyes. " 37.-
8.º BASICO: Nancy Duchens, Luz Rivera. " 38.-

Asignatura de Matemáticas

Coordinador: Hernán Cortés.

- 5.º BASICO: Perla Moraga, Patricio Montero, José Peña. " 33.-
6.º BASICO: Perla Moraga, Patricio Montero, José Peña. " 35.-
7.º BASICO: Hernán Cortés. " 38.-
8.º BASICO: Perla Moraga, Patricio Montero, José Peña. " 38.-

Asignatura de Ciencias Naturales

Coordinador: Fernando Jara.

- 5.º BASICO: Fernando Jara, Manuel Olmos, Luis Cortés, Policarpo Varela. " 26.-
6.º BASICO: Fernando Jara, Manuel Olmos, Luis Cortés, Policarpo Varela. " 26.-
7.º BASICO: Fernando Jara, Manuel Olmos, Bertha Volpi, Policarpo Varela " 30.-
8.º BASICO: Fernando Jara, Manuel Olmos, Bertha Volpi, Policarpo Varela " 31.-

representante exclusivo: **continente Itda**
SOCIEDAD COMERCIAL DE PUBLICACIONES

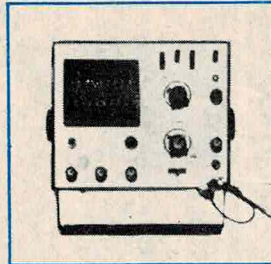
Antonio Bellet 300 (Providencia)
Fonos 250643 - 493553, Santiago.



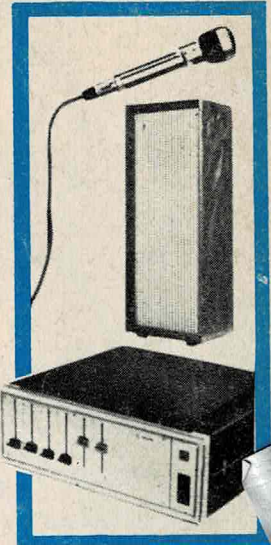


DIVISION PROFESIONAL PHILIPS

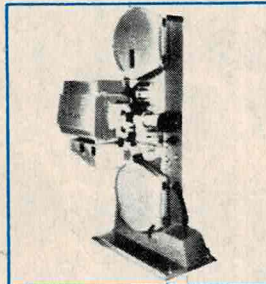
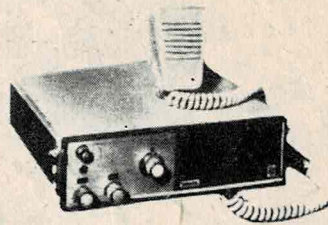
ELECTROACUSTICA
Amplificadores
- Micrófonos - Difusores
de sonido - Equipos de
estudio para Radiofusión
y Televisión - Equipos
de traducción simultánea
Buscapersonas
Intercomunicadores
Grabadoras



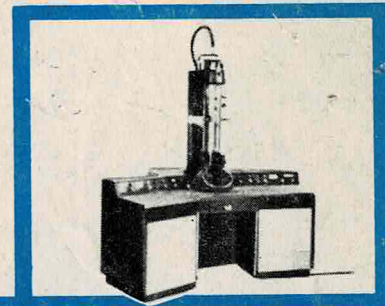
**INSTRUMENTOS
DE MEDICION**
Osciloscopios
Multímetros
Generadores, etc.



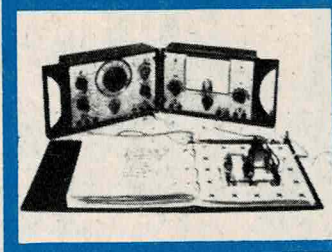
TELECOMUNICACIONES
Transmisores para radio
y televisión
Comunicaciones móviles
y punto a punto
Equipos militares
Centrales telefónicas
Equipos multicanales



CINE
Proyectores de
70 - 35 y 16 mm



**EQUIPOS
EDUCACIONALES**
Para enseñanza colectiva
o individual de idiomas
y electrónica
Retroproyectores para
transparencias
Películas educativas
Equipos de Televisión
para Circuito Cerrado



EQUIPOS INDUSTRIALES
Espectrografía de Rayos X
y de emisión
Microscopio electrónico
Equipos de control de
proceso - Sensores
Equipos de control de
calidad industrial

**SERVICIO
TECNICO
PROFESIONAL** Proyectos - Instalaciones - Reparaciones - Repuestos
Contratos de mantención para instalaciones profesionales.

SOLICITE MAYORES INFORMES EN:

PHILIPS CHILENA S. A.

AVDA. STA. MARIA 0760 - TELEFONO 394001 - SANTIAGO