

El diagnóstico pedagógico en la educación infantil

NARCISO GARCÍA NIETO

RESUMEN

En el presente artículo se aborda el importante papel que *Diagnóstico Educativo* juega en el ámbito de la Educación Infantil, por ser un medio de prevención, detección temprana de dificultades, compensación educativa, estimulación y tratamiento psicopedagógico especializado.

Se justifica la necesidad de que sea un diagnóstico: *Global, analítico, implicador de los diferentes agentes implicados en la educación, precoz y debe ser realizado con unos medios técnicos adecuados.*

Se describen brevemente los *factores determinantes y de riesgo* a los que el diagnóstico debe ser especialmente sensible, considerando las tres dimensiones fundamentales: *La médico-biológica, la psicológica y la socioeducativa.*

Se integra la evaluación diagnóstica en el ámbito del *Diseño Curricular Base* que establece la LOGSE para la Educación Infantil, ajustándola y justificando las áreas de desarrollo siguiente: *Psicomotricidad, Cognitiva, Lingüística, Personalidad y Madurez para el Aprendizaje Escolar.* Para cada una de estas áreas se constatan algunos de los tests o técnicas más frecuentemente utilizados o de una mayor fama y tradición.

Concluye el trabajo con *Algunas cautelas que deben tenerse presentes* en el diagnóstico del niño de Educación Infantil en el que se dan cita algunas dificultades añadidas a las que son propias en cualquier otro momento escolar.

INTRODUCCIÓN

Se pueden poner en tela de juicio algunos aspectos de la actual Reforma Educativa. Pero casi nadie duda en afirmar que uno de los mayores aciertos que se desprenden de ella, ha sido el nuevo tratamiento que en la LOGSE se

da a la *Educación Infantil*, dotando a esta etapa, que cubre las edades de cero a seis años, de una entidad propia y peculiar.

La *Educación Infantil* comienza a suscitar interés a mediados del siglo pasado. Los nombres de Froëbel, Decroly y Montessori, en el extranjero; y el de Pablo Montesino, en España, son algunos, entre otros muchos, que podrían mencionarse. Ellos constituyen el arranque de una inquietud que, día a día, ha ido recobrando un mayor empuje y relevancia social.

Desde hace algunas décadas la etapa de *Educación Infantil* está captando, de una forma prodigiosa, la atención de distintos organismos y estamentos implicados en la educación. El tema es de tal transcendencia que periódicamente se viene insistiendo en él. En 1948 lo hacía la *Organización Mundial de la Educación Preescolar*; en 1960, se insistía sobre el tema en la *Revista Analítica de Educación*, de la UNESCO; en 1961, volvía sobre el tema la *XXIV Conferencia de Instrucción Pública* desarrollada en Ginebra. Desde entonces hasta nuestros días, la Educación Infantil se ha llevado un buen porcentaje de las actuales producciones literarias, referidas a temas educativos.

Desde entonces hasta ahora, ha sido constante la lucha de distintos e importantes colectivos sociales por reivindicar la implantación de este ciclo educativo con un carácter obligatorio y gratuito. Así lo han ido imponiendo todos los gobiernos de las naciones desarrolladas económica y culturalmente. En España, a tono con esas mismas circunstancias, y después de una ley anterior que ya contemplaba la Educación Preescolar, se da un importante paso tanto en la cobertura (0-6 años), como en su nueva estructuración y objetivos.

Las razones que han llevado a acentuar la importancia de esta etapa educativa son claras y manifiestas; suscritas, comprobadas y demostradas por médicos, psicopedagogos, sociólogos y maestros. Sin embargo, conviene al respecto, señalar las siguientes:

- Cuanto más infantil, tierno y vulnerable es el ser humano, cuanto menor es la edad del niño/a, mayor es la influencia y resonancia que los estímulos ambientales tienen en él/ella. De forma que la incidencia, positiva o negativa, que puede ejercerse sobre el niño, éste la acusa con una mayor intensidad cuanto más temprana es su edad.
- Numerosos trabajos, estudios e investigaciones han demostrado que la capacidad intelectual tiene un ritmo de crecimiento más rápido cuanto más infantil es el sujeto. Así, por ejemplo, se estima que entre cero y cuatro años, la capacidad intelectual crece en torno a un 50 %; entre los cuatro y ocho años, o hace en un 30 %; y entre ocho y diecisiete años, aproximadamente, se da el restante 20 %.
- Las primeras experiencias de los niños son decisivas en su ulterior desarrollo. De forma que muchas actitudes adolescentes, juveniles, e incluso adultas, tienen ya su origen en esas primeras vivencias infantiles.

Todas estas razones, y otras muchas que podrían aducirse, significan para la educación la necesidad de procurar al niño, desde su más tierna infancia, una cantidad y calidad de estímulos capaces de situarle en trance de un desarrollo óptimo. Cosa imposible de conseguir en el hogar y la familia, sobre todo, en donde las carencias y la pobreza, cultural y de otro tipo, condicionan seriamente el buen desarrollo, estimulación y crecimiento del niño.

Esta convicción ha motivado una clara evolución en el concepto mismo de educación infantil. En otros tiempos se la denominaba: «*guardería*», como lugar de atención y vigilancia de los pequeños en ausencia de los padres; «*escuela maternal*», como continuación y sustitución de la figura materna, que por razones laborales debía separarse del niño; «*preescolar*», como etapa sin finalidad en sí misma, cuyo objetivo primordial y por excelencia era la preparación para iniciar, con ciertas ventajas, la Educación Primaria.

Con la Educación Infantil no sólo debe tratarse de dar solución a problemas de tipo social: trabajo de la mujer, horarios irregulares, garantizar la seguridad de los pequeños, ni siquiera vale el razonamiento de «algo aprenderán o harán con ellos además de entretenerlos», como frecuentemente se oye a los padres. La Educación Infantil no debe ser considerada ni como una introducción ni como un apéndice de un sistema educativo. Es una repuesta necesaria y fundamental para el decisivo momento psicoevolutivo por el que inevitablemente pasa la vida humana, que requiere ser contemplado y conducido por un personal y unos medios altamente especializados que desbordan las posibilidades de un ámbito familiar por bueno que éste sea.

Afortunadamente, desde nuestro punto de vista, así lo contempla nuestra actual normativa legal, suponiendo un cambio importante en lo que hasta ahora teníamos. Tres serían los logros más importantes al respecto: Se considera esta etapa de la educación *no como algo meramente asistencial*; se le señalan unos objetivos educativos propios y autónomos o válidos en sí mismos; y finalmente, se amplía la etapa dándole una nueva estructura y contenido, ofertando un nuevo Proyecto Curricular, cargado de nuevos contenidos y amplios objetivos. En consonancia con este pensar y sentir, se ha creado, en paralelo, en las universidades la nueva titulación de *Maestro Especialista en Educación Infantil*.

SIGNIFICADO DEL DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO EN ESTA ETAPA

Partimos del principio, mil veces oído, de que no se puede intervenir adecuadamente en educación en algo que se desconoce. El diagnóstico, en cualquiera de sus formalidades y modalidades, debe procurar el conocimien-

to del fenómeno educativo de una forma objetiva y rigurosa; descubrir causas; interpretar síntomas y procurar remedios. Y todo ello con una única intención: La mejora del sujeto o de la intervención. El diagnóstico es un paso previo y necesario para la ulterior orientación y tratamiento. La orientación escolar actúa desde el conocimiento previo que sobre la realidad escolar le aporta el diagnóstico. Convencionalmente en el ámbito de la Orientación Escolar de la cual el diagnóstico pedagógico es una etapa y parte integrante, se habla de «momentos fuertes o críticos» de orientación, situándolos cronológicamente en el inicio o fin de las distintas etapas o ciclos escolares.

La Educación Infantil debe ser considerada como uno de esos momentos fuertes o críticos de orientación, dado que es una etapa óptima para el diagnóstico por dos razones fundamentales: Una, el importante momento psicoevolutivo del sujeto, en el que pueden darse múltiples interferencias debidas a las más variadas causas y circunstancias de distinto tipo. La otra, por las finalidades y objetivos asignados a esta etapa escolar, relacionada con el desarrollo integral del niño.

De todo ello se desprende que el diagnóstico, en Educación Infantil, debe cumplir estos objetivos y finalidades:

a) *Prevención*: Siempre se ha dicho —y con toda razón— que vale más prevenir que curar. Aunque la prevención debe ser tenida como objetivo prioritario de toda orientación escolar y profesional, si alguna etapa es óptima para ello es precisamente ésta en la que el niño llega a la institución escolar por primera vez. Es preciso adelantarse a los problemas para que éstos no lleguen a darse o lo hagan en un grado menor. Las condiciones específicas y singulares de cada niño, su historial médico, familiar y social, bien conocidos, pueden ser un buen arma para colocar al niño en unas circunstancias favorables en las que los problemas no surjan o sean afrontados a tiempo, evitando una temprana frustración o una inicial desmotivación, difícil de borrar en lo sucesivo.

b) *Detección temprana*: Al menos en estas dos vertientes: De aquellos sujetos especiales, deficitarios, infradotados, anómalos o atípicos a los que se deba aportar un tipo de intervención que se salga de lo común; y detección en un mismo sujeto, aunque sea normal, de algún tipo de déficit: perceptivo, motórico o de otra índole que requiera de una atención específica. De aquí, que algunos equipos interdisciplinares tengan como un objetivo prioritario la atención temprana.

c) *Compensación educativa*: No todos los niños llegan a la institución escolar en unas mismas condiciones: etnia, familia, medio socioambiental..., van a ser factores condicionantes, y en ocasiones determinantes, del desarrollo del niño en estos primeros años de su vida. Una correcta interpretación del principio de *igualdad de oportunidades* no es la que lleva a tratar a todos

por igual, sino la que postula que se dé más a quien más necesita. En esta dirección el diagnóstico puede ser la base para, una vez descubiertas las necesidades específicas de un sujeto o de un grupo, poder implementar aquellas medidas, supletorias, correctivas o de apoyo que la situación requiera. Los programas de educación compensatoria llevados a cabo en estas edades son los que mejores resultados han dado. Algunos de estos programas han demostrado la ganancia de varios puntos en el CI de niños de esta edad cuando se les ha tratado adecuadamente.

d) *Estimulación temprana*: Dada la plasticidad del organismo, a la que ya hemos hecho mención, de los niños de esta edad, es preciso conocer y diagnosticar las condiciones educativas y los métodos a los que cada niño es más sensible para estimular y potenciar aquellas áreas o zonas de desarrollo que más necesite: lenguaje, habilidades sociales, grado de autonomía, relaciones interpersonales, destreza motriz... Campos éstos que están cobrando una singular preponderancia dentro de los educadores de niños de esta edad. Quisiéramos dejar bien sentado que no se trata de una estimulación sólo destinada a aquellos niños que acusen deficiencias, sino también a aquellos otros que siendo normales se les debe procurar el mejor desarrollo posible.

c) *Tratamiento psicopedagógico específico*: Ya hemos dicho que no es una orientación psicopedagógica bien entendida aquella que se dedica a la corrección o curación de dificultades. Sin embargo, esta faceta siempre será uno de sus cometidos importantes. A esta edad ya llegan niños a la escuela con taras déficits y anomalías que suponen una intervención psicopedagógica especializada. Ahí está todo el campo de la «integración escolar» y el «tratamiento de la diversidad» que para ser eficaces necesitan periódicamente de un diagnóstico certero.

CONNOTACIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO EN EDUCACIÓN INFANTIL

BUISÁN, C., y MARÍN, M. A. (1987) hablan de distintos tipos de diagnósticos: general, analítico, grupal, individual, específico, etc. En nuestro caso y referido a la Educación Infantil, por sus características específicas y por su entidad propia, parecerían exigibles las siguientes condiciones:

a) *Global*: Entendiendo por tal aquel diagnóstico que se ocupa de las distintas facetas que configuran la personalidad total del niño, sin olvidar ninguna de ellas, porque se trata de una educación global y pluridimensional, y esos mismos requisitos deben ser exigidos al diagnóstico. Dentro de esta visión global, cabría contemplar en su totalidad las tres dimensiones básicas en las que la unidad del ser humano se manifiesta:

- *El plano médico-biológico*, cometido claro del médico escolar, en el que se debe conocer: talla, peso, enfermedades, problemas motores, déficits sensoriales... Es decir, todo aquello que hace relación a un organismo vivo y en trance de desarrollo y crecimiento.
- *Plano psicológico*: En el que se trata de conocer los rasgos básicos de una personalidad emergente y de la que es necesario constatar su grado de desarrollo intelectual y cognitivo; el equilibrio emocional y afectivo; el nivel de socialización; la ausencia o presencia de problemas emocionales; la identificación con los modelos parentales; las destrezas de desarrollo y madurativas básicas; hábitos de comportamiento..., y un largo etcétera, que agotaría todas las posibilidades de nuestro espacio disponible sólo el mencionarlas.
- *Plano socioambiental*: La procedencia étnica y geográfica, así como las características de la familia a la que pertenece, desde muy pronto están condicionando las posibilidades educativas del niño. La privación cultural inicial es un factor altamente correlacionado con los logros académicos o fracaso escolar. La estructura familiar: pautas y actitudes educativas, privaciones, sobreprotección, autoritarismo, permisividad, abundancia o carencia de medios, etc., son algunas de las variables que van a acompañar al niño en la escuela y de las que no podrá fácilmente sustraerse.
- *Plano educativo*: La entrada en la institución escolar va a suponer en el niño una ruptura y un cambio con el entorno y la vida familiar. Que el grupo de compañeros y el profesor/a satisfagan adecuadamente o no las necesidades fundamentales del niño ofreciéndole un inicial feed back, puede constituir una experiencia decisiva en la socialización inicial del niño que van a tener una gran influencia en la motivación y el ajuste del niño a la escuela. Por otra parte, el curriculum, las áreas de desarrollo, los contenidos y las actividades, así como la metodología empleada van a ser factores que marcarán en el niño una huella no fácil de borrar.

b) *Analítico*: El diagnóstico no sólo debe llegar a proporcionar una visión general y global del sujeto, sino que, además, debe aportar un conocimiento exhaustivo, remontándose cuanto sea posible, a las últimas causas y manifestaciones de aquellos factores que en un niño concreto se revelen como de una especial incidencia. Esto es especialmente aconsejable en los casos en los que se entrevean indicios o sospechas razonables de deficiencias o handicaps de cualquier tipo.

c) *Implicador* de todos aquellos agentes o personas que, en distintos planos, tienen responsabilidad sobre la educación del niño: padres, madres, especialistas psicopedagogos u orientadores, equipos multiprofesionales o interdisciplinares. No puede ser nunca un buen diagnóstico infantil aquel

que prescinde de las distintas fuentes de información no contrastando el conocimiento técnico, del especialista, con el conocimiento experiencial y vivencial, fruto del trato diario y la relación habitual y constante con el niño, dentro o fuera de la escuela.

El hecho de la globalidad o pluridimensionalidad, al que se hacía referencia anteriormente, supone un diagnóstico cooperativo entre todos cuantos tienen responsabilidades sobre el niño y lo conocen aunque sea en distintos planos.

d) *Precoz*: Nunca se insistirá suficientemente en el carácter preventivo que es deseable en cualquier tipo de diagnóstico. Uno de los mejores medios para la prevención es la precocidad, adelantándose, en el tiempo y en las consecuencias, a los hechos o causas que puedan motivar un conflicto o problema, evitando o paliando, a tiempo, cualquier tratamiento antes de que el mal haya anclado en la profundidad del niño sus nefastas raíces.

e) *Técnico*: Bajo este epígrafe quisiéramos resaltar que los distintos niveles de certeza, a los que el diagnóstico pretende llegar, han de conseguirse mediante unos procedimientos y técnicas fiables y válidos. En algunos casos será necesario acudir a la observación rigurosa y sistemática de la conducta del niño; en otros, estará especialmente indicado el uso de pruebas psicométricas, estandarizadas, proyectivas... En cualquier caso, nunca se ha de confundir una opinión o impresión, más o menos fundamentada, con un conocimiento técnico, riguroso, objetivo, verificado y contrastado. Mal papel y un corto servicio se le haría al niño si la sospecha infundada, el estereotipo injusto o la impresión ligera, le estampillaran en la frente algún tipo de estigma, difícil de borrar en el futuro.

ALGUNAS PRECISIONES

Debemos precisar que, en Educación Infantil, como en el resto de la educación, aun siendo evaluable y diagnosticable todo o casi todo, nosotros nos limitaremos a entrar únicamente en aquellos aspectos que pudiéramos denominar como internos o intrínsecos al niño. En este número monográfico sobre EI se dedican otros apartados a la evaluación: institucional, de programas, metodología, etc. Intencionalmente, por razones metodológicas y prácticas, se ha preferido tratar por separado de la evaluación, lo que podríamos denominar, genéricamente, el *sistema y el contexto* en que se imparte la EI; esto es: objetivos, programas, instituciones, métodos, intervenciones, etc. De lo que podríamos denominar como evaluación del desarrollo o aptitudes personales del alumno de EI.

Si, incluso intencionadamente, se han dado denominaciones distintas, en modo alguno, ha sido con la intención de contraponer los términos «evalua-

ción-diagnóstico», sino por darle el carácter complementario que los dos deben tener. No es este el momento ni la oportunidad de entrar a dilucidar tal polémica, que por otra parte, nos llevaría demasiado lejos... Pero sí queremos dejar en claro que, al margen, de cualquier posición de escuela, no tendríamos inconveniente en utilizar indistintamente los dos términos *evaluación/diagnóstico*, aun sabiendo que cada uno tiene algunas connotaciones específicas y, a la vez, no pocos rasgos comunes con el otro.

Además, debemos añadir que estos aspectos madurativos o de desarrollo del niño de esta edad son tantos e implican tal cantidad de variables y matices interrelacionados que, necesaria e intencionadamente, debemos ser sintéticos y simplificadores de una realidad tan pluriforme y compleja como es la personalidad del niño en EI.

Finalmente, hemos de hacer una última observación, relacionada con el momento psicoevolutivo en el que se encuentra este alumno de EI: Aunque este período de escolarización es corto en duración, cero-seis años, es muy distinto en el desarrollo y características. De cero a seis años se dan los cambios más importantes y acelerados del ser humano. De tal forma que entre un niño de una o dos semanas y otro de dos meses, la diferencia es muy importante; y entre éstos y otro niño de un año, aún lo son mayores. Cuanto más si los comparamos con un niño de cinco o seis años, en cuyo caso las diferencias son mucho mayores que las semejanzas.

Por ello vamos a hablar de diagnóstico en EI, en general, pero conscientes de que la variación de los sujetos que están escolarizados en esta etapa, es muy grande. Incluso, aunque dividieramos la etapa en dos ciclos, como lo hace la normativa actual, de cero a tres años y de tres a seis años; aun así no se podría hablar de cada una de ellas como de una misma realidad, si no es contemplada dentro de la diversidad y diferenciación, aunque sólo sea la motivada por la edad cronológica del sujeto.

FACTORES DETERMINANTES Y DE RIESGO EN EI

Es obvio que el desarrollo del niño y su maduración es fruto de un gran número de factores que, si uno a uno ya son muy importantes, la interacción de los unos con los otros constituyen una realidad muy interdependiente y sensible a múltiples agentes que, para bien o para mal, van a dejar una huella, a veces indeleble, en la evolución del niño. Simplificando, podríamos agrupar todos estos factores, condicionantes o determinantes, *en los dos siguientes campos: internos al sujeto; y ambientales o externos a él*. Dentro de los primeros, los propios del sujeto, constitutivos o intrínsecos, podemos mencionar tres ámbitos diferentes:

— *Médico-biológicos*: Son todos aquellos factores que están relacionados con el niño como organismo vivo, determinados por su ser biológico,

con las incidencias genéticas, hereditarias y constitutivas que van a ejercer un influjo decisivo en su evolución y desarrollo. Todos estos factores, dado su inicial momento de evolución, pueden condicionar el resto de las otras facetas. Será preciso, aunque sólo sea a modo de muestra, mencionar los siguientes: Circunstancias de la gestación, parto y momentos perinatales; enfermedades padecidas por la madre y el niño; condiciones higiénico-sanitarias; peso talla, alimentación; deficiencias físicas, sobre todo, aquellas relacionadas con alguna posible anomalía física, motórica, perceptiva, etc.

No es preciso detenernos en resaltar que el control y la valoración de estos aspectos le corresponde fundamentalmente al médico y, sólo indirectamente, al diagnóstico educativo, en tanto en cuanto éste debe ocuparse de desviar hacia el médico aquellos casos que susciten sospechas razonables de enfermedad, anomalía o déficit biológico u otra sintomatología que pueda afectar, directa o indirectamente, al desarrollo inicial del niño.

Son poblaciones de riesgo en este sentido, bien comprobadas por los «equipos de atención temprana», aquellos niños provenientes de ambientes empobrecidos y con carencias en sus necesidades más fundamentales y básicas: zonas suburbanas y periféricas; hijos de padres alcohólicos, tarados, drogadictos, portadores de enfermedades fáciles a la transmisión o contagio. Todos estos factores, aun no siendo exclusivos de nadie, sin embargo algunas etnias o grupos (inmigrantes, gitanos, hogares con suma pobreza...) son poblaciones en las que este tipo de factores anclan con mayor frecuencia sus destructoras raíces más fácilmente.

— *Psicológicos*: Pero el ser humano no termina en esa realidad biológica, antes mencionada, y que constituye su faceta más externa y tangible. Intimamente ligada a ella y en gran medida condicionada o determinada por ella, se da otro plano de atención preferente en todo ser humano en general y en el niño de esta edad muy particularmente. Nos queremos referir a todos aquellos aspectos internos que van a definirle como ser inteligente, libre y con capacidad de autonomía y que en esta edad va a concretarse en los aspectos psicomotores como los mejores exponentes e indicadores de su desarrollo psíquico.

Este ámbito cae bajo el control del psicopedagogo y del educador, en el que tienen especial importancia los datos referidos a: psicomotricidad; desarrollo intelectual, sobre todo a esta edad muy relacionados con aspectos médico-neurológicos. Será preciso conocer: momento en que el niño inicia los movimientos primeros, cuello, vista, cintura; gateo y postura erguida, marcha... O de otro tipo: balbuceo, habla, respuesta a caricias y miradas, contacto ocular, reconocimiento de la madre... Por referencia a otros aspectos relacionados, más bien con su temperamento, carácter y forma de ser, es preciso conocer sus elementales reacciones emocionales y expresión de sentimientos: risa, llanto, ira y un largo etcétera, imposible de mencionar.

Las poblaciones de riesgo en este campo, además de las mencionadas anteriormente, se extienden a niños que, aun proveniente de ambientes normales, pueden acusar alguna anomalía o déficit por su retardo madurativo o por causas de tipo médico-neurológicas o debidas a problemas iniciales de personalidad: hiper o hipoactividad, falta de atención, deficiente lenguaje oral, pobreza de pensamiento o escasa capacidad simbólica...

No obstante lo dicho, son sujetos de riesgo especiales en este campo aquellos niños que provienen de hogares faltos de armonía; ausencia de uno o de los dos padres; divorcios, separaciones, rivalidades y celos entre hermanos... En general, niños que, aun teniendo bien cubiertas las necesidades biológicas básicas, sin embargo, no tienen a salvo otras de no menor importancia en el ámbito psíquico: seguridad, afecto, cariño, pertenencia, estímulo...

— *Socioeducativos*: En este apartado estaría incluido todo aquel amplio campo con el que tienen mucho que ver los iniciales procesos de socialización del niño, distintos y complementarios a la vida familiar. Aunque la TV, el cine, los espectáculos, etc., pueden ejercer ya sobre esta temprana edad cierta influencia, sin embargo, es su entrada en la institución educativa la que aporta una mayor incidencia en el inicio de su socialización.

La etapa de educación infantil supone el paso, no siempre fácil, de tránsito del hogar o vida familiar a la escuela. En él se da un cambio en las relaciones personales, hasta ese momento exclusivamente familiares. Es la introducción del niño en un nuevo sistema de normas, valores y exigencias desconocidas para él y que pueden suponer ya un inicial trauma en la vida del niño. Este cambio y adaptación a una situación nueva puede tener repercusiones importantes, por ser experiencias tempranas y novedosas, capaces de marcar al niño de una forma decisiva.

Además, al llegar, por primera vez, el niño a un centro es el momento óptimo para observar, minuciosa y detalladamente, posibles problemas o anomalías que en ocasiones pasan desapercibidas a la vida familiar, incluso a veces intencionadamente ocultadas y disimuladas. Es importante la detección temprana de cualquier problema porque, además de ser más fácil su corrección, se debe evitar que el niño viva una inicial mala experiencia que le desmotive o le haga sentirse poco seguro o infeliz. Como muestra de algunos comportamientos de esta edad, que requieren atención especial, podemos señalar: forma de relacionarse del niño con el profesor/a, trato y rol en el grupo de iguales, control de emociones y sentimientos, capacidad de colaboración y cooperación, mecanismos defensivos que usa con los demás, participación en el juego, aceptación de normas...

Todos estos datos deben ser minuciosamente observados y registrados, así como analizados por separado para ver si alguno de ellos es objeto de una preocupación o sospecha inicial, de la que deba partir el diagnóstico...

Son sujetos de un riesgo especial, al respecto, aquellos que manifiestan ya indicios claros de agresividad, cerrazón, timidez excesiva, rasgos de ansiedad e inseguridad sin verdaderas causas que lo motiven, niños poco respetuosos con las elementales normas que se les exigen... Incluso niños que ya juegan un mal papel en el grupo de pares; rechazados positivamente, olvidados o silenciados por los demás... En muchos casos esta problemática está muy relacionada con los dos campos anteriormente citados: deficiencias en lo intelectual, lo familiar o lo biológico que les sitúan en inferioridad de condiciones con respecto a los demás: niños con defectos de audición o visión, llamativos por su baja estatura, peso excesivo, endebles por alguna enfermedad, muy vulnerables en sus sentimientos...

En síntesis, podríamos concluir diciendo que los *factores determinantes y de riesgo* en la Educación Infantil, en general, vienen dados y se localizan en los siguientes ámbitos:

a) *Antecedentes familiares*: Por su presencia e incidencia en la transmisión hereditaria y genética. Así, por ejemplo, sabemos que la esquizofrenia, dislexia, problemas de aprendizaje, en general, ofrecen unas correlaciones más altas cuanto mayor es la afinidad familiar o grado de consanguinidad. Deben ser, pues, muy tenidos en cuenta por el diagnóstico.

b) *Las condiciones de gestación y embarazo*: En este sentido, son particularmente importantes: la edad de la madre; el seguimiento médico del embarazo; las condiciones higiénico-sanitarias y alimenticias; los hábitos maternos: madres fumadoras, alcohólicas, drogadictas; sometidas a una medicación descontrolada durante el período de gestación; padecimiento de enfermedades como rubeola; incluso niño deseado o no deseado... Son datos a tener muy en cuenta al iniciar un diagnóstico.

c) *Momentos perinatales*: Se entienden por tal, el tiempo inmediatamente anterior y posterior al parto. Pueden distinguirse al respecto, tres momentos diferentes: el de gestación, apuntado en el párrafo anterior; el mismo momento del alumbramiento; y las primeras horas/días inmediatamente posteriores al nacimiento. Sobre todo, son datos importantes los referentes a prematuridad-postmaturidad; deficiencias de talla y peso; enfermedades padecidas: raquitismo...

d) *Desarrollo motor y del habla*: En cuanto que son dos grandes exponentes de la actividad mental. Ya Piaget (1976), demostró cómo en los primeros momentos, la condición de inteligencia es de tipo sensomotor, que comprende desde los 0-24 meses. Caracterizado por la conquista paulatina, a partir de unos pocos y elementales movimientos reflejos, hacia la progresiva coordinación y autonomía de movimientos.

DUPRE demostró el paralelismo existente entre la *debilidad mental* y la *debilidad motriz*, enunciando la famosa ley de la psicomotricidad, que afirma: «Se da un paralelismo entre el desarrollo motor y psíquico que va

evolucionando progresivamente a través de unos estadios. La psicomotricidad consiste en la identidad y relación entre las funciones neuromotrices del organismo y las funciones psíquicas. Todo movimiento nace de una intencionalidad psíquica que lo produce; y a la vez el psiquismo está en función de los movimientos que potencian y condicionan su desarrollo. Por lo que no es posible desvincular el pensamiento del cuerpo.»

Por su parte, LAPIERRE (1974) sostiene que el movimiento es la primera forma del pensamiento abstracto y, a su vez, está relacionado íntimamente con la expresión motriz.

En esta misma línea ROSSEL (1975) establece una estrecha relación entre motricidad e imagen mental.

Por referencia al habla, es preciso afirmar que es un indicador claro de la actividad y capacidad simbólica. Se da una alta correlación entre niños con retraso en la psicomotricidad y la aparición del habla y demás problemas de aprendizaje y desarrollo.

e) *Historial médico y clínico*: Son singularmente importantes las enfermedades padecidas por el niño, sobre todo las infecto-contagiosas, porque pueden dejar algún tipo de secuelas importantes. Entre estas enfermedades son de mencionar, especialmente: meningitis, sarampión, rubeola...

f) *Comportamientos y conductas atípicas*: Es decir que, desde pronto, llaman la atención: excesiva actividad o hiperactividad, déficits de atención, agresividad, ansiedad, depresión, timidez, incomunicación y falta de expresión, etc.

g) Finalmente, *factores ambientales o medio inadecuado*: Entre todos ellos es especialmente importante la estructura y vida familiar, por la decisiva influencia que ejerce sobre todo niño, pero más sobre el de esta edad. Así se suele afirmar que, muy frecuentemente, detrás de un niño problemático existe o ha existido una situación problemática anterior. Hogares desunidos, ausencias de los padres, dificultades graves de entendimiento, rivalidades fraternas y celos o envidias; pautas y actitudes educativas inadecuadas: sobreprotección, rigorismo, permisividad, carencias o sobreabundancias desmedidas, etc., son algunos de los hechos a los que se asocian muchos de los problemas de evolución adecuada en el presente de un niño, y de aprendizaje un poco más tarde.

Ampliando un poco más el círculo, merecerían una especial atención, por su notable influencia sobre el niño, otro tipo de presiones ambientales, como: televisión, películas, y sobre todo, su inicial relación con el medio escolar. La identificación con la profesora, el grado de integración en el grupo de pares, el inicial autoconcepto percibido por el niño, éxitos y destrezas en el juego, el grado de satisfacción que la institución educativa inicialmente aporte al niño, etc., van a ser otros tantos elementos de análisis que desde el diagnóstico y la evaluación deben tenerse bien presentes y controlarse por su trascendental influencia sobre el niño.

ÁREAS DE DESARROLLO

Es preciso encuadrar el diagnóstico en Educación Infantil dentro de su actual *Diseño Curricular Base (DCB)*, propuesto por el MEC (1992). En él se le asignan las funciones de: *estimulación y compensación*. A las que GARCÍA GARCÍA, M. (1991), añade la de *orientación a la familia*, debido a las posibilidades de influir sobre ella y que repercutirán posteriormente sobre el niño.

Asimismo, en el DCB se trazan los siguientes campos de *objetivos de desarrollo*, referidos a las siguientes áreas: *motora, cognitiva, lingüística, equilibrio personal, relaciones interpersonales*. Para la consecución de los anteriores objetivos se indican los siguientes *bloques de contenidos: conceptuales, procedimentales y actitudinales*, programados a través de las siguientes cuatro *áreas curriculares*:

- *Identidad y autonomías personales.*
- *Descubrimiento del medio, físico y social.*
- *Comunicación y representación.*
- *Educación religiosa (sólo en segundo ciclo).*

Finalmente, el DCB habla de unos *principios pedagógicos* o metodológicos que deben tenerse presentes en la intervención:

- *Relación, cooperación-colaboración con los padres.*
- *Aprendizaje significativo.*
- *Basado en la actividad, la experiencia y el juego.*
- *Globalización.*
- *Clima de seguridad, afecto y confianza.*

Con la intención de ser operativos y con vistas a la práctica diagnóstica, justificaremos, muy brevemente, agrupando las *posibles áreas de diagnóstico y evaluación* del alumno de Educación Infantil en los siguientes grandes campos, de una u otra forma, contemplados por los distintos teóricos y especialistas en el tema.

ÁREA PSICOMOTRIZ

En la psicomotricidad se dan cita dos componentes fundamentales: por una parte, el concepto hace relación a la actividad psíquica en sus aspectos cognitivos y afectivos; por otra, se alude a la función motriz que se plasma en los movimientos, para lo que el cuerpo humano dispone de una base neurofisiológica adecuada.

La psicomotricidad resalta la influencia del movimiento en la organización psicológica general, considerando el movimiento del cuerpo insepara-

ble del aspecto relacional del comportamiento. Esta relación e interacción del individuo con su medio ambiente, tanto físico, como social, constituye la causa del desarrollo psíquico. La meta de la psicomotricidad es conseguir el desarrollo y el control del propio cuerpo para poder obtener de él todas las posibilidades de acción y expresión. En palabras de Lapiere: «*Todo movimiento es indisociable del psiquismo que lo produce, e implica, por este hecho, a la personalidad completa. Y a la inversa: el psiquismo, en sus diversos aspectos (mental, afectivo, relacional, etc.) es indisociable de los movimientos que han condicionado y siguen condicionando su desarrollo... Por lo que el movimiento se nos manifiesta como la primera forma de pensamiento, que condiciona la aparición del pensamiento abstracto*».

Por lo demás, interesa esta área por las connotaciones médico-neurológicas que puede presentar: lesiones cerebrales, daños, malformaciones, disfunción cerebral mínima (DCM). Todos ellos son aspectos que deben ser verificados desde el campo médico.

Son de especial importancia, dentro de este área, los siguientes aspectos:

- *Coordinación general*: Tanto estática como dinámica y rítmico-motora. De la que depende el equilibrio y la sinergia de los movimientos, con lo que tiene mucho que ver toda la actividad tónica y de relación.
- *Coordinación viso-motriz y dinámico manual*: En cuanto supone la concurrencia de varios miembros, por ejemplo, intención, mano y ojo para realizar una actividad con precisión y en la que necesariamente debe darse una estrecha colaboración entre facultades y órganos distintos.
- *Conductas perceptivo-motrices*: Comprenden la organización especial; el ritmo y la organización temporal; la organización y estructuración del tiempo o secuencia temporal.
- *Esquema corporal*: En el que se incluye la tonicidad o control psicotónico, relajación, respiración, equilibrio postural, predominancia lateral, etc.

Como técnicas utilizadas en la exploración de estas variables, tan heterogéneas y diversas, y dejando bien en claro que resultaría imposible aunque sólo fuera la simple enumeración, nos limitamos a citar aquellas de uso más común y frecuente y no difíciles de encontrar en nuestro actual mercado.

- *Test del Esquema Corporal*, de C. DAURAT-HMELJAK, M., STAMBAK y J. BERGÉS. Destinado a la evaluación de los aspectos cognitivos del esquema corporal, para niños comprendidos entre cuatro y once años. Comprueba el nivel de conocimiento que el sujeto tiene de las distintas partes de su cuerpo.

- *Tests de Homogeneidad y Preferencia Lateral (HPL)*, de J. L. GÓMEZ CASTRO y M. J. ORTEGA PÉREZ. Nuevo en el actual mercado nacional. Se basa en los mismos principios de A. J. HARRIS, evalúa la homogeneidad y afianzamiento de la preferencia lateral en cuanto a mano, ojo, pie, en niños a partir de cuatro años.
- *Escala de Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar (EPP)*, de DE LA CRUZ y MAZAIRA. Destinada a niños comprendidos entre tres y seis años. Evalúa los siguientes aspectos: locomoción; equilibrio; coordinación de piernas, brazos, manos, y esquema corporal.
- *Test de Dominancia Ocular ABC*, de W. R. MILES. Pretende evaluar la lateralidad ocular, de forma independiente de la manual y los pies, en niños a partir de tres años.
- *Escalas Mc Carthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños (MSCA)*, de D. MCCARTHY. Evalúa el desarrollo cognitivo y psicomotor del niño desde los dos años y medio hasta los ocho y medio. El total de la batería está compuesta de 18 subtests que se reparten en seis subescalas, una de las cuales es la referente a la psicomotricidad, tanto fina como gruesa.
- *Tests motores*, de OZERESTKI GUILMANIN. Evalúa el desarrollo psicomotor en cuanto a coordinación estática, dinámica y rapidez de movimientos. Aplicable desde los cuatro años.

Son resaltables al respecto las pruebas del *Perfil Psicomotor*, de PICQ-VAYER o las de *Dominancia lateral*, de R. ZAZZO, GALIFRET-GRANJON, etc., que simplemente nos limitamos a mencionar...

ÁREA COGNITIVA

Dado lo dicho anteriormente, referido a la estrecha unión existente entre cuerpo y mente —psicomotricidad— es muy difícil a esta edad separar los aspectos cognitivos de los psicomotores.

Sin embargo, y por razones metodológicas y didácticas, a efectos de una mejor comprensión, dedicaremos este área, refiriéndonos a esa inicial actividad mental del niño, en virtud de la cual percibe, elabora y expresa la información que le llega, aunque sea de una forma muy elemental y primaria.

Como ya se ha dicho, este niño se sitúa en un estadio preoperacional, simbólico o intuitivo. En él, sobre todo, al final del período, manifiesta ya unas claras conductas inteligentes: habla, comprende, compara, relaciona, clasifica..., claros componentes de un pensamiento lógico, manifestando ya cierta aptitud para captar, comprender, expresar, recordar... Se dan, pues, unos potenciales cognitivos en trance de desarrollo que es preciso conocer para estimular, compensar, entrenar, desarrollar... Incluso, para identificar aquellos sujetos que por sus claras limitaciones, infradotados, subnormales

o límites, en orden a intervenir en ellos de una forma diferenciada, mediante la integración escolar, o si es preciso en instituciones específicas de educación especial, educación de superdotados...

Las principales variables que pueden incluirse en el área cognitiva son:

— *La percepción* o fase de la actividad mental, en virtud de la cual la información exterior llega al sujeto, a través de los sentidos, vista, oído, tacto..., para su ulterior procesamiento. Las alteraciones perceptivas, fundamentalmente las auditivas y visuales, conllevan trastornos en el procesamiento de la información. Si los canales perceptivos no dan una entrada nítida y clara a la estimulación externa, información, que llega del exterior, no será posible un procesamiento ágil y claro de esa información. De ahí la importancia que el tema ha tenido para el diagnóstico, sobre todo, desde los estudios de Frostig.

— *La atención*: LURIA (1979) define la atención como «un proceso selectivo de información necesaria para la consolidación de programas de acción y mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos». En la atención pueden darse problemas y alteraciones debidos a aspectos internos al sujeto que según sus necesidades y motivaciones puede prestar una atención más o menos intensa a unas informaciones u otras. Así van a influir en la intensidad de la atención el sueño, el cansancio, la fatiga, la demotivación, preocupaciones emocionales internas del sujeto, etc. Pero por otra parte, también pueden influir en la atención factores externos: presentación de los estímulos, intensidad, colorido, novedad, el campo y contexto del que provienen los estímulos...

Los problemas de atención pueden afectar muy negativamente, no sólo al desarrollo y rendimiento intelectual del sujeto, sino también a su grado de socialización. Si el niño no atiende, con frecuencia se distrae, molesta, hace ruidos, no se está quieto, con lo que puede llegar a ser un individuo molesto y distorsionador del grupo, del profesor... llegando a causar, incluso, problemas de comportamiento.

— *La memoria*: En sus distintas modalidades: remota-próxima; espacial-temporal; lógica-automática... puede considerarse como la «capacidad que posibilita el recuerdo de experiencias y acontecimientos». En ella reside la posibilidad del recuerdo, la evocación y archivo de las informaciones recibidas y elaboradas por el cerebro.

Tiempos hubo en los que la escuela pudo llegar a confundir inteligencia con memoria; saber con capacidad de repetición. No merece la memoria un papel tan preponderante como algunos le han reconocido en la actividad intelectual. Sin embargo, su influencia en el aprendizaje es muy importante, de forma que, si la memoria no es la inteligencia, sin embargo no está muy falto de razón quien afirma que «en resumidas cuentas, uno sabe únicamente lo que recuerda».

A su vez, la memoria está muy relacionada con la percepción y la atención y todas ellas con las posibilidades cognitivas del sujeto. De ahí la necesidad de tenerla en cuenta desde el diagnóstico infantil porque puede estar disminuida y lábil o incluso amenazada por algún tipo de patología, como la amnesia que es su mayor enemiga, aunque afortunadamente poco frecuente en los niños de esta edad, a no ser que medien traumatismos craneales serios, debidos a accidentes...

— *Capacidad de razonamiento o pensamiento*: La inteligencia no es una capacidad unitaria. Incluye muchas manifestaciones de distinto tipo. Las aproximaciones que se han hecho a ella, desde las jerárquicas y factoriales, pasando por la interesante visión de la Escuela de Ginebra, hasta las modernas concepciones de la actual psicología cognitiva, ninguna ha sido capaz de agotar toda su riqueza. Consista en «adaptarse a situaciones nuevas»; sea la «capacidad de abstracción, inducción-deducción», etc., es el atributo humano por excelencia y su rasgo de identidad más distintivo. La actividad intelectual con sus diferentes estrategias de pensamiento y aprendizaje ha sido siempre, y no puede ser por menos, uno de los objetivos prioritarios de atención en la escuela.

La Educación Infantil es un momento de estimulación cognitiva muy importante. El desarrollo intelectual, dentro de unos límites, puede ser estimulado y potenciado. Igual que su limitación, privación o pobreza debe ser conocida por el educador para adaptar los programas y los métodos de aprendizaje a la capacidad del alumno. Se ha demostrado, hasta la saciedad, que las aptitudes intelectuales tienden a inscribirse en la curva normal, de forma que en la clasificación que de la inteligencia hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ella tiene una posición asegurada todo individuo. Según el Cociente Intelectual de que disponga el niño puede estar en posesión de un grado óptimo, normal o bajo de desarrollo. Será preciso conocerlo para estimularlo, siempre; apoyarlo y reforzarlo muchas veces; y tratarlo especialmente cuando la ocasión lo requiera.

Las técnicas más usuales al respecto han sido muy abundantes y han pasado por un período de evolución y depuración ciertamente interesante. Entre las distintas técnicas de diagnóstico utilizadas han tenido un papel predominante por la frecuencia en su uso, las técnicas psicométricas, aunque no siempre exentas de hipervaloración y empleo deficiente. Sin embargo, son un medio de aproximación muy valioso y recomendable su uso dentro de unos límites y condiciones.

Aun sabiendo la deuda e injusticia que contraemos al silenciar algunas de estas pruebas, en la imposibilidad de citar a todas, mencionaremos aquellas que más frecuentemente se usan en este momento psicoevolutivo de la primera infancia:

— *Escala de inteligencia para preescolar y primaria, de D. WECHSLER (WPPSI)*: Un instrumento de reconocido y merecido prestigio en el mundo

entero, basada en la peculiar concepción de la inteligencia de su famoso autor, WECHSLER.

Sirve de cuatro a seis años y consta de dos escalas: una verbal; que comprende seis pruebas: información, vocabulario, aritmética, semejanzas, comprensión y memoria de frases. Otra, manipulativa, integrada por: casa de los animales, figuras incompletas, laberintos, dibujo, cubos.

— *Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños*, de D. MCCARTHY. Es otro instrumento de diagnóstico muy utilizado y bastante completo porque, además de aspectos intelectuales, evalúa aspectos relacionados con la psicomotricidad.

Puede utilizarse desde tres años y medio a ocho y medio. Es una batería de 18 tests, repartido en seis subescalas: verbal, perceptivo-manipulativa, cuantitativa, memoria, motricidad, escala general cognitiva.

— *Escalas Bayley de Desarrollo Infantil*: Evalúa el desarrollo mental y psicomotor del niño desde los cero a los dos años y medio.

Incluye una escala mental, otra de psicomotricidad y un registro de comportamiento.

— *Inventario de desarrollo de Batelle*, de J. NEWBORG y otros. Válida de cero a ocho años.

Cubre las siguientes áreas de desarrollo: personal/social, adaptativa, motora, lenguaje y cognitiva.

— *Escala Observacional del Desarrollo*, de E. SECADAS. Incluye cuestionarios y fichas de perfil desde el nacimiento en adelante. Cuenta con una monografía sobre los procesos que rigen el desarrollo evolutivo.

— *Escala de Madurez Mental de Columbia*, de BURGEMEISTER, B. B.; BLUM, L. H., y LORGE, J. Aunque la escala ha sido concebida especialmente para los minusválidos motóricos cerebrales, sin embargo puede detectar el grado de maduración de algunos procesos intelectuales sin utilizar para ello el lenguaje y la motricidad. Es válida para niños comprendidos entre cuatro-once años.

— *Test K-ABC de Kaufman*. Destinado a niños desde los dos y medio a doce años. Recientemente adaptado a la población española en una tesis doctoral por Ester CONDE TORRIJOS. Consta de un total de 16 subtests para evaluar el desarrollo cognitivo y otras habilidades básicas del niño.

Por referencia a aspectos más monográficos y en concreto de percepción visual podrían citarse:

— *Desarrollo de la percepción visual*, de M. FROSTIG. Estandarizado para niños de tres a nueve años, ideado para evaluar la madurez perceptiva.

Comprende cinco aspectos o subtests: coordinación visomotora, discriminación figura-fondo, constancia de formas, percepción de posiciones en el espacio, relaciones espaciales.

— En este mismo sentido pero más utilizado con finalidades clínicas, cuenta con un merecido prestigio el *El Test questáltico visomotor de L.*

Bender. Aplicable a partir de los cuatro años. Partiendo de la copia y reproducción de nueve dibujos, se evalúa la función giestáltica y sus posibles perturbaciones orgánicas funcionales, nerviosas y mentales.

— *Test de copia de una figura compleja*, de A. REY. Aplicable de cuatro a quince años.

Evalúa el nivel del desarrollo intelectual y perceptivo-motor, atención, memoria visual inmediata, capacidad de memorización, rapidez de funcionamiento mental. Incluso puede tener un uso clínico para detectar agnosias, apraxias...

ÁREA LINGÜÍSTICA

El lenguaje, como capacidad específicamente humana, encierra una complejidad susceptible de ser estudiado desde puntos de vista muy diferentes y complementarios: la lingüística, la psicología, la pedagogía, la sociología, la medicina, la física..., han contribuido a penetrar en su complicado funcionamiento, *no habiéndose agotado la dificultad de este atributo tan netamente humano*. En él se dan componentes fisiológicos-anatómicos, psíquico-mentales y socio-educativos.

Un complejo entramado de órganos sensoriales y motores periféricos, así como distintas vías y centros nerviosos y cerebrales están implicados en el lenguaje. Los distintos órganos de fonación y articulación van a necesitar un grado de desarrollo, lento y dificultoso, que le supondrán al niño muchos intentos y horas de aprendizaje y entrenamiento. Pero además, hay implicada una dimensión psíquica no menos compleja e importante. Lenguaje y pensamiento están íntimamente relacionados y en una admirable y sorprendente interacción. Para Piaget el lenguaje es el signo y expresión más claramente especializada y diferenciada de una función más amplia y general, que es la actividad simbólica. Para Luria, el lenguaje desempeña un papel decisivo, por ser un elemento necesario para la relación social sin el que no puede darse la capacidad de abstracción. Para VIGOSTSKY el lenguaje es pensamiento antes que su expresión.

Pero, además, en la base del lenguaje está todo el aparato emocional y afectivo del niño que puede condicionarlo muy decisivamente. Para un niño, cada sonido emitido o cada palabra es expresión de un sentimiento o una emoción. De ahí que los niños con carencias afectivas importantes tardan más en aprender a hablar y lo hacen peor que quienes no han tenido este tipo de problemas.

Finalmente, en el lenguaje hay unos claros componentes socioculturales que se plasman en la elaboración de un código, altamente elaborado y exigente por sus componentes fonéticos, simbólicos y semánticos. Todos ellos ofrecen una importante dificultad y resistencia que el niño sólo llega a dominar después de los más repetidos y esforzados intentos.

El campo de anomalías de lenguaje, en el ámbito de la Educación Infantil, es tan frecuente en el número de sujetos que acusan esta dificultad, como las distintas manifestaciones que pueden presentarse. La importancia es tal, que la presencia del especialista en logopedia en los colegios cada vez es una necesidad más sentida e imprescindible.

El abanico de estas dificultades en el área del lenguaje, comprende desde las alteraciones de la voz o disfonía, hasta las de la articulación: dislalias, disglorias, disartrias, pasando por disfonías, afasias y disfemias... A todo lo cual hay que añadir su variada etiología, sus diversas manifestaciones, así como las inevitables repercusiones que todo ello tiene en la otra vertiente posterior del lenguaje que es la lecto-escritura, con sus correspondientes tipos de dislexias y disgrafías. Todo ello constituye un campo enigmático y objeto de estudio de los más diversos expertos de la medicina, la psicología, la pedagogía..., siendo uno de los más estudiados, y aún no resueltos, causantes de los más hondos desvelos de educadores, maestros, padres y niños.

El diagnóstico en este campo presenta, muy frecuentemente, causas sólo médicas; en otros, causas psíquicas; y, en algunas ocasiones, se dan ambas. Por lo que, supuesto el diagnóstico médico y restringiéndonos únicamente al lenguaje oral de los alumnos de Educación Infantil, hay que considerar que las técnicas de diagnóstico han desviado más la atención hacia la lectoescritura que al lenguaje oral, al menos en nuestro país, sin embargo, van apareciendo algunos instrumentos de indudable utilidad para la evaluación del lenguaje oral. Entre las que, a modo de ejemplo, nos limitaremos a citar las siguientes:

— *Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)*, de KIRK, S. A.; MCCARTHY, J. J., y KIRK, W. D., aplicable entre los dos y diez años.

La prueba, de reconocido prestigio, evalúa posibles fallos o dificultades en el proceso de comunicación oral. Sus autores la definen como una prueba de diagnóstico comparativo de funciones psicológicas y lingüísticas.

— *Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON)*, de AGUINAGA, C.; ARMENTÍA, M. L., y otros. Aplicable a niños de cuatro a seis años.

Su objetivo es la evaluación del lenguaje oral. Es de las pocas, tal vez la única de estas características, nacida y experimentada en nuestro país.

— *Test de Conceptos Básico*, de A. E. BOEHM. Para niños comprendidos en edades de cuatro-siete años.

Es una prueba que pretende detectar el dominio de algunos conceptos elementales y uso común, referidos a espacio, cantidad y tiempo.

— *Test Figura/Palabra de Vocabulario Receptivo-Expresivo (TFPVR)*, de M. F. GARDNER. Válido para niños entre dos y doce años. En orden a descubrir defectos del habla sobre todo causados por dificultades auditivas.

Tiene en cuenta cuatro categorías de lenguaje: conceptos generales, conjuntos, conceptos abstractos y conceptos descriptivos.

ÁREA DE PERSONALIDAD

En repetidas ocasiones hemos comentado ya lo endeble y vulnerable que es la personalidad del niño de Educación Infantil. Es una caja de resonancia muy sensible a cuanto a ella llega. Vida familiar disarmónica, carencias afectivas, sobreprotección, celotipias con hermanos, dificultades de identificación con padres y profesores, falta de aceptación en el grupo, etc. Son factores que dejan sentir una pesada huella en el niño de esta edad que, con frecuencia, va a manifestar en comportamientos más o menos difíciles y preocupantes, pudiendo llegar a manifestarse incluso en síntomas psicósomáticos: enuresis, tics nerviosos de distinto tipo, sueño agitado, pesadillas o terrores nocturnos.

Los comportamientos más frecuentes y llamativos a esta edad, indicadores de una personalidad falta de armonía y control, sino problemática, obedecen a estos cuadros:

- *La hiperactividad, la impulsividad, la agresividad y las variaciones y fluctuaciones anímicas, que aquí, en razón de brevedad, referimos como un todo, pueden tener connotaciones neurológicas, de mayor o menor importancia, pero que deben ser verificadas.*

Así estos síntomas se incluyen en el conocido «Síndrome de Straus» y en la DCM, que pasados los años suelen llevar a distintos problemas de aprendizaje y en casos extremos, incluso, al fracaso escolar.

- *En otro orden de problemas de comportamiento, pueden encontrarse ya en el niño de esta edad rasgos de ansiedad, obsesión, fobias, estados más o menos depresivos, indicadores de conflictos y signos neuróticos, pudiendo llegar en casos extremos incluso a las psicosis infantiles, autismo... Problemas todos ellos que deben ser controlados, sin alarmismos infundados, sobre todo por lo que pueden indicar como propensión o derivación posterior hacia cuadros clínicos de cierta consideración.*

En este campo el diagnóstico, una vez más hay que volver a recordar la conveniencia de su carácter preventivo, es responsabilidad del psicólogo, a veces psicólogo clínico, y muy en colaboración con el médico para determinar las raíces y posible etiología de los comportamientos anómalos, en ocasiones necesitados de tratamiento farmacológico y, a la vez, de terapia o psicoterapia en sus distintas modalidades.

Las técnicas a utilizar suelen ser proyectivas o semiproyectivas a completar, inevitablemente, con la observación directa, sistemática y rigurosa del niño, mediante listas de control, escalas de estimación, anecdotarios..., así como con las imprescindibles entrevistas con padres y educadores.

Algunas de las técnicas o tests más utilizados al respecto son:

— *Pata Negra Test*, de L. CORMAN. Aplicable a niños desde su más corta edad. Es una prueba proyectiva de personalidad que evalúa la existencia de conflictos profundos de personalidad. Mediante unos estímulos de tarjetas que representan escenas familiares se avalúa la: oralidad, analidad, sexualidad, agresividad, culpabilidad, identificación con las figuras parentales.

— *Fábulas de Düss*, de L. DÜS. Utilizable a partir de los tres años. La prueba recoge una serie de fábulas protagonizadas por animales, a través de las cuales se puede conocer la personalidad del niño, según el grado de identificación que manifieste con unos u otros animales.

— *Test de Apercepción Temática*, de MURRAY, H. M., y BELLAK, L. Aplicable desde niños hasta adultos. Su objetivo, desde una perspectiva psicoanalítica, es detectar algunos aspectos reveladores de la personalidad, tales como: impulsos, sentimientos, conflictos, emociones y complejos.

— *Test de Actitudes Familiares*, de LYDIA JACKSON. Válido para niños de cinco a doce años. Basado también en la teoría psicoanalítica desea comprobar, a través de ocho estímulos gráficos o dibujos de escenas familiares, el grado de ajuste o conflicto del niño dentro de la familia. Como aspectos principales: dependencia y protección materna, rivalidad, celos, envidias entre hermanos, sentimiento de aislamiento y soledad, agresividad percibida con relación a los padres...

ÁREA DE MADUREZ GENERAL PARA EL APRENDIZAJE

El crecimiento humano, que puede ser definido como el grado de maduración fisiológica; y el desarrollo, como maduración funcional, ofrecen características tan constantes y universales que se pueden trazar unos perfiles típicos de las diferentes edades.

El proceso de crecimiento y madurez, en cada individuo, se manifiesta de una forma progresiva, discurriendo a través de etapas o momentos interconexiónados de tal manera que cada uno de ellos se basa en el anterior y, a la vez, sirve de fundamento para el siguiente. No obstante, en esta trayectoria se pueden dar momentos de aceleración, estancamiento e, incluso, algún retroceso. Con lo que cada niño va a acusar unos ritmos propios de madurez y desarrollo que, aun teniendo una cierta similitud con los de otros niños de la misma edad, pueden acusarse diferencias de notable consideración.

Los distintos aprendizajes escolares suponen y requieren unas cuotas de desarrollo, en habilidades y destrezas, de distinto tipo, sin las que tales aprendizajes no pueden darse. La Educación Infantil, como ya hemos dicho, tiene, o debe tener, una entidad propia y una clara finalidad en sí misma. Sin embargo, debe ser considerada como una secuencia más, en este caso la

primera, de la diacronía educativa total, por lo que al final de esta etapa inicial, el niño debe estar en condiciones de poder iniciar los aprendizajes escolares instrumentales y básicos: lectura, escritura y cálculo.

Sería un error considerar esta etapa como una avanzadilla o preparación ventajosa para el inicio de la enseñanza básica o primaria. Es deseable la intención competitiva de pretender que el niño aprenda a leer y escribir cuanto antes, para situarse con ventaja en la Educación Primaria, llegando, si es preciso, a enfrentar al niño con aprendizajes para los que aún no está preparado, con todo lo que esto supone de frustración inicial. Sin embargo, los últimos meses de la EI, supuesto un normal desarrollo cognitivo, psicomotriz y emocional son un buen momento para que el niño inicie la preescritura, de forma que al final del ciclo puede estar preparado para afrontar, sin mayores problemas, la etapa de Educación Primaria, uno de cuyos objetivos es la consecución de los mencionados aprendizajes instrumentales y básicos.

En este momento de tránsito, final de una etapa e inicio de otra, el diagnóstico escolar ha tenido siempre una seria preocupación por comprobar si el niño reúne los requisitos suficientes y necesarios para dar este paso sin mayores riesgos. En este momento se ha colocado tradicionalmente la exploración de *«la madurez para los aprendizajes escolares»*. En ella se incluyen aspectos cognitivos, dominio de unos conceptos elementales de vocabulario, la asimilación de ciertas nociones espacio-temporales, conocimiento del esquema corporal, predominancia lateral, coordinación óculo-manual, discriminación perceptiva, etc.

Para verificar el grado de desarrollo de estos aspectos madurativos, se han venido utilizando una serie de técnicas o tests, a los que frecuentemente se les ha denominado como *«baterías o pruebas predictivas»*, por su capacidad para predecir el éxito o fracaso del alumno en los mencionados aprendizajes instrumentales, por considerarlos aptos para estimar el grado de madurez que necesita el niño para iniciar la escuela convencional.

La experiencia nos dice que esto ha sido más una pretensión o suposición que una realidad. Dado que este tipo de pruebas, a lo más que llegan, es a predecir el grado de madurez para la lectura y escritura, pero en sentido negativo. Es decir, los niños con bajas puntuaciones en tales pruebas, efectivamente que suelen acusar problemas en dichos aprendizajes. Pero son, a la vez, frecuentes también los niños que con puntuaciones normales e incluso altas, acusan dificultades y retrasos en el dominio de esos mismos aprendizajes.

Son destacables por su tradición y uso frecuente, entre otras, las siguientes pruebas:

— *Test ABC, de L. FILHO*. Pretende evaluar la madurez para iniciar la lectoescritura. Consta de ocho subtests: coordinación motriz, coordinación visomotora, copia con inversión, memoria visual, coordinación audiomoto-

ra y pronunciación, memoria auditiva, capacidad de atención, vocabulario y comprensión general.

— *Reserval Test*, de Edfeldt, cuya finalidad es detectar el grado de madurez conseguido por el niño, a partir de los tres años y medio, para comenzar el aprendizaje de la lectura y escritura, mediante la comprobación de dos aspectos que se consideran muy ligados a ella: la percepción y discriminación de formas; y la estructuración y posiciones espaciales de figuras geométricas.

— *Batería predictiva para el aprendizaje de la lectura*, de A. INIZAN APLICABLE a partir de los cuatro años y medio. Consta de ocho subtests: *Referentes a organización espacial*: copia de figuras geométricas; reconocimiento de diferencias perceptivas entre dibujos y de formas geométricas, y construcciones con cubos. *Por referencia al lenguaje*, incluye: recuerdo inmediato de nombres de objetos, recuerdo inmediato de historias y capacidad de articulación de palabras. Finalmente, *en relación con la organización temporal*, incluye dos tests: imitación y repetición de ritmos, y copia de estructuras rítmicas.

— *Batería diagnóstica de la madurez lectora (BADIMALE)*, de S. MOLINA. Pretende la apreciación de la aptitud para el aprendizaje de la lectura, en niños comprendidos entre los cinco y seis años.

— *Batería evaluativa de habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura y escritura (BEHNALE)*, de J. A. MORA. Evalúa las siguientes habilidades básicas estrechamente relacionadas con dichos aprendizajes: coordinación visomotora, memoria motora, percepción y discriminación visual, vocabulario, articulación, percepción y discriminación auditiva, estructuración espacio-temporal, memoria visual inmediata, memoria auditiva y lógica inmediata, y discriminación lateral.

— *Pruebas de diagnóstico preescolar*, de M. VICTORIA DE LA CRUZ. Destinadas a niños de cuatro y cinco años, con modalidad de aplicación colectiva. Evalúa aspectos aptitudinales importantes para el aprendizaje: verbales, cuantitativos, memoria perceptivo-visual y psicomotricidad fina.

— *Pruebas psicopedagógicas de evaluación individual*, de M. MONTESINOS, M. MUNNÉ y T. SARRÓ. Contemplan cinco apartados relacionados con el proceso de desarrollo del niño: procesos cognitivos, conductas adaptativas, expresión gráfica, lenguaje y matemáticas.

— *Evaluación del desarrollo de las aptitudes básicas para el aprendizaje*, de R. E. VALETT. Destinada a niños comprendidos entre dos y siete años, para evaluar sus aptitudes para el aprendizaje, construidas mediante la selección, adaptación y combinación de elementos de algunas de las escalas de desarrollo más utilizadas en el ámbito del diagnóstico.

— *Test figura/palabra de vocabulario receptivo expresivo (TFPVR)*, de M. F. GARDNER, aplicable a niños de dos a doce años. Contempla cuatro categorías de lenguaje: conceptos generales, conjuntos, conceptos abstractos

y conceptos descriptivos. De los resultados conseguidos por el niño se puede obtener información sobre posibles defectos del habla, dificultades de aprendizaje por problemas auditivos, procesamiento auditivo, y capacidad auditivo-visual.

— *Test de habilidades grafomotoras (THG)*, de J. A. GARCÍA NÚÑEZ y O. LEÓN, aplicable a niños entre cinco y ocho años. Comprueba la actividad perceptivo motriz, como grado de maduración necesaria para que el sujeto pueda iniciar el aprendizaje de la escritura. Consta de las siguientes pruebas: direccionalidad, pulsión tónica, coordinación visomotora y decodificación perceptivo motriz.

ALGUNAS CAUTELAS ESPECÍFICAS DEL DIAGNÓSTICO EN LA EI

A la dificultad que ya encierra en sí la delimitación de las diferentes áreas o campos de diagnóstico y a la dificultad que supone elaborar, seleccionar y aplicar pruebas e instrumentos, válidos y fiables, condiciones que no todos los tests reúnen, se debe contar con una dificultad añadida, derivada de la edad y características del niño de esta edad.

Todo ello hace necesario adoptar una serie de cautelas sin las cuales el diagnóstico no sólo puede ser carente de todo valor, sino que puede inducir a error o confusión.

A este respecto, es preciso tener en cuenta, como bien lo hacen TAYLOR, R. L., y at. (1990):

- El niño de esta edad presenta unas conductas muy poco estables. De forma que la conducta observada o explorada hoy puede ser distinta mañana o en un intervalo breve de tiempo. De aquí la grave dificultad de pronóstico o predictiva del diagnóstico en esta etapa.
- La misma presencia de la persona del diagnosticador, extraña para el niño, puede provocar «el temor a los extraños» o la ansiedad producida en el niño al verse separado de su profesora habitual. Con lo que el niño tiende a refugiarse en la falta de cooperación, el negativismo u otras conductas atípicas que hacen que rinda muy por abajo de sus posibilidades reales, debidas al temor, ansiedad, falta de interés, afán de protagonismo...
- Por otra parte, la baja capacidad de atención que caracteriza a este sujeto, breve en el tiempo y superficial en la tarea, así como el alto grado de fatigabilidad propio de este momento psicoevolutivo, puede afectar negativamente a los rendimientos observados, sobre todo, cuando se utiliza no una observación en circunstancias naturales, sino la exploración mediante técnicas, sobre todo estandarizadas.

- De lo dicho se desprende que la observación directa en situaciones reales, debe ser una técnica a tener muy en cuenta y a contrastar con otras técnicas diagnósticas.
- Finalmente, se ha de insistir en que la recogida de información debe ser muy rigurosa y bien contrastada. Para ello existen en el actual mercado editorial diversas escalas, listas de control o cuestionarios que pueden facilitar esta tarea, como el que A. Izquierdo (1982) tiene elaborado para los padres de los niños.

Si todas las técnicas o instrumentos de diagnóstico, sobre todo, los tests, ya sean elaborados con referencia normativa o criterial, ofrecen unas claras limitaciones, en la etapa de EI se deben extremar las cautelas y precauciones en su uso y aplicación. Con frecuencia, se han utilizado tests no suficientemente justificados o fundamentados teóricamente. A veces sus traducciones y adaptaciones no se han ajustado a las condiciones de rigor que les son exigibles. La validación y estandarización, en ocasiones, han dejado mucho que desear. Incluso, no siempre las normas de aplicación e interpretación se han observado minuciosamente, por lo que los datos o puntuaciones han contribuido a distorsionar la realidad, induciendo a errores, con lo que se ha hecho un corto servicio a los niños y a la educación. Es preciso ser muy exigentes en la selección del material que el actual mercado nos ofrece en cuanto a técnicas de diagnóstico.

Además, será preciso tener muy presentes y saber conjuntar los aspectos cuantitativos con los cualitativos, contrastándolos rigurosamente con la observación y la experiencia directa de padres y educadores.

Por lo demás, nos restaría decir que si se diagnostica es para conocer y aplicar los remedios oportunos hasta donde sea preciso. Diagnóstico y tratamiento van íntimamente unidos y no es posible, en la práctica, dissociarlos. Ello nos lleva a remitir a los distintos programas que durante los últimos años van apareciendo para EI, entre los que nos limitaremos a mencionar, a modo de muestra: *Programa para el desarrollo de la percepción visual*, de M. FROSTIG; *Guía Portage de educación preescolar*, de S. M. BLUMA y col.; *Ejercicios para la adquisición de conceptos*, basado en el test de BOEHM, de A. BELTRÁN y otros; *Programas de desarrollo de aptitudes para el aprendizaje escolar (PDA) y Programa de educación psicomotriz (PEP)*, de M. V. DE LA CRUZ y M. C. MAZAIRA; *Desarrollo de habilidades mentales básicas*, nivel de Educación Infantil, de N. GARCÍA NIETO y C. YUSTE; *Láminas de lenguaje visual (VCLC)*, de R. FOSTER y J. J. GIDDAN...

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, J. (1982). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray Massón.
 ANASTASI, A. (1978). *Los tests psicológicos*. Madrid: Aguilar.

- AUCOUTURIER, B. (1985). *La práctica psicomotriz, reeducación y terapia*. Barcelona: Científico Médica.
- BIJOU, S. W. (1990). «Revisión de la intervención precoz en niños con retraso en el desarrollo». *Siglo Cero*, 129, 12-18.
- BRICKET, D. (1986). *Early education of at-risk and handicapped infants, toddlers and preschool children*. Scott, Foresman and Comp. USA.
- BRUECKNER, L. S., y BOND, G. L. (1974). *Diagnóstico y tratamiento de las dificultades en el aprendizaje*. Madrid: Rialp.
- BERGAN, J. R., y al. (1991): «Effects of a measurement and planning system on kindergartners cognitive development and educational programming». *American Educational Research Journal*. Vol. 28, núm. 3, 683-714.
- BOURGES, S. (1980). *Tests para el psicodiagnóstico infantil. Elección e interpretación de pruebas*. Madrid: Cincel.
- BUCHER, H. (1976). *Trastornos psicomotores en el niño*. Barcelona: Topray-Masson.
- BRUNET, O., y LEZINE, L. (1980). *El desarrollo psicológico en la primera infancia*. Madrid: Pablo del Río.
- BUISÁN, C., y MARÍN, M. A. (1987). *Cómo realizar un diagnóstico pedagógico*. Barcelona: Oiko-tau.
- CAMPBELL, P. (1991). «Evaluation and assessment in early intervention for infants and toddlers». *Journal of early intervention*. Vol. 15, núm. 1, 36-45.
- CASTILLEJO BRULL, J. L., y otros (1989). *El curriculum en la escuela infantil*. Madrid: Santillana.
- CHRISTENSEN, A. L. (1978). *El diagnóstico psiconeurológico de Luria*. Madrid: Pablo del Río.
- COLL, C., y otros (1990). *Psicología de la Educación*. Madrid: Alianza.
- (1991). *Psicología y curriculum*. Barcelona: Paidós.
- CRONBACH, L. J. (1972). *Fundamentos de exploración psicológica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FROSTIG, A. (1980). «Programa para el desarrollo de la percepción visual». *Figuras y formas*. Buenos Aires: Panamericana.
- FEWELL, R. (1991). «Trends in the assessment of infants and toddlers with disabilities». *Exceptional Children*. Vol. 58, núm. 2, 166-173.
- GARCÍA GARCÍA, M. (1991). *El diseño curricular base en la Educación Infantil*. Madrid: ITE-CECE.
- GARCÍA NIETO, N., y YUSTE HERNANZ, C. (1991). *Reforzamiento y desarrollo de habilidades mentales básicas* (tomos 1, 2, 3, 4). Madrid: Publicaciones ICCE.
- GARCÍA YAGÜE, J., y otros (1975). *Tests empleados en España*. Instituto Nacional de Psicología Aplicada.
- GÓMEZ CASTRO, O. (1991). *Programas de intervención en Educación Infantil y Primaria*. Madrid: Escuela Española.
- HENDRICK, J. (1990). *Educación Infantil* (tomos 1 y 2). Barcelona: CEAC.
- IZQUIERDO, A. (1982). *Prediagnóstico Infantil. Cuestionario para padres*. Madrid: TEA.
- JUSTO DE LA ROSA, M. (1991). *Orientaciones educativas para niños de 0-3 años*. Madrid: Bruño.
- LAPIERRE, A. (1974). *La reeducación física*. Barcelona: Científico Médica.
- (1984). *Educación psicomotriz en la escuela maternal*. Barcelona: Científico Médica.

- LÁZARO, A., y ASEÑSI, J. (1979). *Vademecum de pruebas psicopedagógicas*. Madrid: MEC.
- LEZINE, I. (1979). *La primera infancia. Un estudio psicopedagógico sobre las primeras etapas del desarrollo infantil*. Barcelona: GEDISA.
- LIDZ, C. S. (1983). «Dynamic assessment and the preschool child». *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1, 59-72.
- LURIA, A. R. (1974). *Cerebro y lenguaje*. Barcelona: Fontanella.
- (1979). *El cerebro humano y los procesos psíquicos*. Barcelona: Fontanella.
- MANGA, D., y RAMOS, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar. Aplicaciones de la teoría de Luria a niños a través de la batería Luria-DNI*. Madrid: Visor.
- MEC (1990). *Diseño Curricular Base. Educación Infantil*. Madrid: MEC.
- (1992). *Proyecto Curricular. Educación Infantil*. Madrid: MEC.
- MEISELS, S. J. (1991). «Dimensions of Early Identification». *Journal of Early Intervention*, vol. 15, núm. 1, 26-35.
- MERCER, C. D. (1987). *Dificultades de aprendizaje. Origen y diagnóstico* (tomos 1 y 2). Barcelona: CEAC.
- MYERS, P., y HAMMILL, D. (1989). *Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje*. México: Limusa.
- MUJINA, V. (1990). *Psicología de la edad preescolar*. Madrid: Visor.
- PIERON-BORELLI, M., y PIERON, R. (1976). *El examen psicológico del niño*. Buenos Aires: Paidós.
- PIAGET, J. (1967). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Seix Barral.
- (1976). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Madrid: Aguilar.
- PICQ, L., y VAYER, P. (1985). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Barcelona: Científico Médica.
- ROSSEL, G. (1975). *Manual de educación psicomotriz*. Barcelona: Toray Masson.
- SPIZ, R. A. (1979). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.
- TASSET, S. M. (1987). *Teoría y práctica de la psicomotricidad*. Barcelona: Paidós.
- TAYLOR, R. L. y otros (1990). «Identification of preschool children with handicaps: The importance of cooperative effort». *Childhood Education*, 67 (1), 26-31.
- TERES, M. D., y otros (1990). *Desarrollo curricular para la educación infantil*. Madrid: Escuela Española.
- VALETT, R. (1980). *Tratamiento de problemas de aprendizaje*. Madrid: Cincel.
- (1981). *Niños hiperactivos*. Madrid: Cincel.
- VAYER, P. (1971). *El diálogo corporal*. Barcelona: Científico Médica.
- (1977). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Barcelona: Científico Médica.
- VYGOTSKI, L. S. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos del niño*. México: Grijalbo.
- WALLON, H. (1974). *Evolución psicológica del niño*. México: Grijalbo.
- (1978). *Del acto al pensamiento*. Buenos Aires: Psique.
- ZAPATA, O., y AQUINO, F. (1988). *Psicopedagogía de la educación motriz en la etapa del aprendizaje escolar*. México: Trillas.
- ZZAZO, R. (1971). *Manual para el examen psicológico del niño* (vols. 1, 2). Madrid: Fundamentos.