

**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA
CENTRO PEDAGÓGICO DEL ESTADO DE SONORA**

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD 26A

TESINA

“EL NIÑO HIPERACTIVO Y SU PROBLEMÁTICA
ESCOLAR, FAMILIAR Y SOCIAL”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN EDUCACIÓN BÁSICA

PRESENTA

GLORIA ALDAMA ORTEGA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I FORMULACION DEL PROBLEMA

- A. Antecedentes
- B. Definición del problema
- C. Justificación
- D. Objetivos
- E. Marco de referencia

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

- A. Fundamentos y problemática de la hiperquinesia
 - 1. Conceptos de hiperquinesia
 - 2. Actitud del maestro ante el niño hiperquinético
 - 3. El niño hiperquinético y la disciplina escolar
 - 4. Actitud de los padres ante el niño con problema de hiperquinesia

B. Causas que inciden en la hiperquinesia del educando

- 1. Prenatales
- 2. Paranatales
- 3. Posnatales

C. Consecuencias de la hiperquinesia

- 1. Expectativas que crea la hiperquinesia en los educandos
- 2. Algunas características que identifican al niño hiperquinético
- 3. Formulación del diagnóstico del niño hiperquinético
- 4. Tratamiento

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

- A. Elección del tema
- B. Plan de trabajo
- C. Recopilación del material
- D. Organización y análisis
- E. Redacción y presentación

RESULTADOS

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

GLOSARIO

INTRODUCCIÓN

La educación en el mundo moderno está ligada necesariamente a la edad del niño y su desarrollo biopsicosocial. Con los cambios rápidos de la sociedad y los adelantos de la ciencia, la tecnología y la industria, han crecido las exigencias impuestas sobre los individuos en materia de habilidades específicas, y en mejor y mayor educación. Al crecer la población y concentrarse en las ciudades, las escuelas se han vuelto más grandes, más estructuradas y más complejas.

Aunque el siglo XX es reconocido como la época en que se empieza a tomar en cuenta al individuo, también ha sido el que exige más conformidad de parte de cada niño con la subcultura del aula. Existe ahí poca tolerancia, aunque sea en grado moderado.

No es sorprendente, por lo tanto, que los niños hiperactivos, tengan problemas en su desempeño escolar. La mayoría se descubre entre los menores de cinco a siete años, cuando se espera que el niño se ajuste a las normas de otros niños de su edad en el jardín de niños, o el primer año de primaria. Es muy natural y justo que los maestros reconozcan e intenten ayudar al niño excesivamente inquieto, ya que de otro modo se perturbaría el ambiente de todo el grupo.

Cabe señalar que no todos los niños que se mueven exageradamente son hiperquinéticos.

Por último aparecen las conclusiones, sugerencias y bibliografía consultada.

CAPÍTULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A. Antecedentes

El término disfunción cerebral mínima que padecen los niños hiperquinéticos describe los fenómenos de las alteraciones del conocimiento, percepción y aprendizaje que se ven comúnmente en este padecimiento.

Daño cerebral mínimo es un nombre que trata de describir la supuesta lesión causal del cerebro del niño que pudo haber ocurrido en el útero, durante el parto, o al poco tiempo de nacido.

La hiperactividad o hiperquinesia es el más aparente de los trastornos de la conducta, no se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño.¹

En 1902, el médico inglés G. F. Still describió, en un artículo publicado en la revista Lancet, la sintomatología que presentaban los niños que padecían un daño cerebral evidente.

"Pasaron 21 años para que otro autor, F. C. Ebaugh, llamara la atención sobre las secuelas neuropsiquiátricas de ciertos padecimientos, como la cerebrales estructurales, no fue sino hasta 1934 que los doctores Kahn y Cohen describieron un síndrome al que le llamaron 'orgánico', caracterizado por un alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y por la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas".²

¹ Rafael Velazco Fernández. El niño hiperquinético. P. 29

² Ibidem. P.23

Según ciertos autores, por ejemplo, Stawart y colaboradores (1966), el síndrome de disfunción cerebral tiene un alto grado de incidencia, pues estiman que 4% de todos los niños en edad escolar son hiperactivos".³ Otros autores dan cifras menores, seguramente porque los criterios empleados en el diagnóstico son más estrictos.

Es probable que alrededor de 1% a 1.5% de los niños que acuden a recibir instrucción primaria exhiban este síndrome con la suficiente claridad como para merecer el diagnóstico seguro.

La disfunción cerebral con predominio de las manifestaciones conductuales afecta en mayor grado a los varones. Las cifras más aceptadas denotan una diferencia de 3 y 4 a 1 respecto a las niñas; en la práctica docente casi por lo general resultaban 4 ó 5 varones cada uno, sólo se detectó una niña.

El caso de una niña con hiperquinesia en la Escuela Primaria Ing. Felipe Salido de Navojoa, se canalizó a un psiquiatra de Cd. Obregón, quien le dio un tratamiento a base de un medicamento llamado Ritalín, éste afectó fuertemente a la niña y empeoró su situación.

Se supo por la televisión que esta medicina producía efectos negativos en los niños. Aunque sus padres suspendieron el tratamiento en este caso, no siguieron la sugerencia de turnarla a otra instancia médica, por lo tanto, su permanencia en el grupo fue difícil tanto para ella como para sus compañeros y maestra. No obstante, se le apoyó escolarmente, como lo indicaban las autoridades educativas, buscando la forma de que su influencia no interfiriera en el resto del grupo.

Por eso es recomendable administrarles el medicamento adecuado como ya se tiene por experiencia por los muchos casos tratados con los siguientes tratamientos Tegretol de 200 mgr. a 600 mgr., Melleril de 25 mgr. e Italvirón

³ Ibidem. P.24

suspensión, que dieron magníficos resultados, mejorando notablemente la conducta de estos niños hiperactivos, que se han atendido en la práctica docente.

Si se quieren valorar las aportaciones logradas para el mejor conocimiento del síndrome, hay que citar los trabajos de Loufer y Denhoff (1957) Brodley (1937) Birch (1964), y otros igualmente importantes.⁴

A la luz de los conocimientos actuales existen ya muy pocas dudas acerca de que la disfunción cerebral con o sin lesión demostrable, es el antecedente de las dramáticas manifestaciones del síndrome hiperquinético.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia. Relacionados también con el síntoma que aquí se aborda, se describen los trastornos del sueño; Denoff y Robinault dicen, por ejemplo, que a veces la hiperactividad se incrementa durante la noche de tal manera que se dificulta la iniciación del sueño, aunque es frecuente que el niño se duerma pronto y despierte unas horas después.

El hecho más importante que se debe considerar, es la paradójica respuesta que el niño hiperquinético muestra ante la administración de los estimulantes típicos: las anfetaminas y el metilfenidato. Este asunto ha sido objeto de debates desde que Bradley, en 1937 demostró la mejoría que presenta la gran mayoría de los niños con severos problemas de conducta al ingerir estas aminas.

A partir de las aportaciones de Strauss, las investigaciones se han sucedido una tras otra, y por tanto se cuenta hoy con un conocimiento muy aceptable de la disfunción cerebral mínima.

Se puede decir, sin temor a equívoco, que el descubrimiento de estos cuadros clínicos abrió un capítulo más en la psiquiatría, al mismo tiempo que propició un giro en la dirección del progreso de la psicopatología.

⁴ Idem. P.24

Otro estudio retrospectivo que aparece interesante, es el que hicieron Quilkin y Klein y que publicaron en 1969. Los autores examinaron las historias clínicas de 105 pacientes menores de 25 años que presentaban signos neurológicos ligeros.

"Del total de 19 manifestaron un funcionamiento intelectual relativamente aceptable, pero se caracterizaba por su conducta impulsiva y destructiva, la baja tolerancia a la frustración, los cambios impredecibles del humor aparentemente endógenos, los berrinches y las respuestas emocionales exageradas".⁵

Esta investigación llevó a los autores a concluir que existe una correlación significativa entre el síndrome de disfunción cerebral en la infancia y los trastornos psiquiátricos en la edad adulta.

En las publicaciones anglosajonas de estos últimos años, se halla una formulación distinta de la inestabilidad en las descripciones del síndrome hiperquinético. Como indica N. Dopchie en un análisis crítico reciente consagrado a esta cuestión, "este síndrome ha sido más o menos identificado y aislado luego de numerosos trabajos realizados sobre lesiones cerebrales mínimas y sobre los trastornos atribuidos aun disfuncionamiento cerebral en el niño".⁶

En este sentido, no todos los médicos están informados de este tipo de estudios, y siguen identificando la hiperquinesia por sus características esenciales, en términos generales.

"Para ciertos autores, las características esenciales de la hiperquinesia son la hiperactividad, los trastornos de la atención y la habilidad emocional. Para otros estos signos se asocian, en la hiperquinesia, a trastornos específicos de aprendizajes escolares, trastornos debido a desorganizaciones en los campos cognitivos y perceptivo-motores, es decir, a desórdenes del lenguaje hablado o escrito, de la percepción y de la representación del espacio, de la coordinación motriz, de la lateralización".⁷

⁵ Idem.

⁶ Ibidem. P.65.

Durante la práctica observativa con los niños hiperactivos se detectó siempre que en la escritura no era entendible ya que solamente se podía distinguir un tipo de sopa de letras que según ellos, dice lo que el maestro les está dictando.

Hubo necesidad de acudir con un psiquiatra el cual optó por recetarles un medicamento para control del trastorno y otro para fortalecer el cerebro.

Actualmente en estudios psiquiátricos y neurológicos, se conocen las causas y consecuencias de la hiperquinesia, y es importante que el maestro conozca las características de esta problemática para que pueda tratarlos con fundamentos adecuados.

B. Definición del problema

Se sabe que la labor del maestro es de trascendencia fundamental en todos los niveles de la educación, así se trate del jardín de niños hasta la universidad; conciente de su gran responsabilidad, buscará la mejor forma de resolver y afrontar los problemas que a diario se le presentan a su alrededor y poder conducir mejor el proceso enseñanza-aprendizaje.

Si es tan importante el trabajo del educador refiriéndose a personas normales, cuanto más difícil y delicado si se trata de niños o jóvenes 'hiperquinéticos', problema que amerita una solución adecuada, como corresponde aun tratamiento de la conducción del estudiante que afecta de modo tan serio la vida escolar, familiar y de la misma sociedad en que se desenvuelve.

Con este problema, los comprometidos en la docencia, tienen una máxima responsabilidad, si se acepta que se necesita información psicopedagógica adecuada para saber enfrentar estos problemas, y solucionar los casos que se

⁷ Marguerite Auzias. Los transtornos de la escritura infantil. P.28.

presentan en el transcurso de la práctica. Se requiere conocer las causas que originan el problema de la hiperquinesia en el infante y darle seguimiento adecuado, canalizándolo con un neurólogo o un psiquiatra, para que se hagan los estudios pertinentes y se pueda dar tratamiento psicofarmacológico al niño con problema de hiperquinesia.

El maestro que posee vocación psicopedagógica, debe detectar al inicio del ciclo escolar, los problemas de conducta, de esos niños que no trabajan ni dejan trabajar. Es muy importante que no se limite a conducir la clase y enseñar el ABC, por que sucede que a ese niño, o a los niños problema, lo que generalmente hace el profesor para resolver la situación es que los saca de la clase, los suspende por una semana, o incluso llega a ser expulsado de la escuela; con eso no se consigue nada sino empeorar la situación de estos niños.

Si los padres y maestros no conocen la problemática del niño hiperquinético, es frecuente que lo lleguen a lastimar tanto física como psicológicamente. Incluso esto puede traer como consecuencia la deserción de estos niños.

En el caso de la hiperquinesia, con lesiones cerebrales mínimas, el niño requiere ser educado con procedimientos especiales, recibir una adecuada psicoterapia y, sobre todo, beneficiarse con un tratamiento psicofarmacológico cuidadosamente establecido por el paidopsiquiatra, ya que las principales manifestaciones de su problema con su hiperactividad, movilidad, excitabilidad agresividad, falta de atención, concentración, etc.

A partir de estas consideraciones se puede concluir que la problemática del niño hiperquinético debe atenderse en el medio escolar, en coordinación con el hogar, ya que le afecta tanto en el aspecto escolar, como familiar y social.

Es muy importante que padres de familia y maestros, por ser los que más conviven con los niños, trabajen coordinadamente para ayudarlos a que se

adapten e incorporen al trabajo escolar .

C. Justificación

Frecuentemente el problema de indisciplina escolar, se relaciona con problemas de hiperquinesia, se han pretendido identificar los factores que determinan estos problemas, sin embargo cada autor o investigador ha destacado aquellos que consideran relevantes en base a la concepción particular que sustenta; por lo que no se tenían explicaciones concretas que respondieran a los procesos y situaciones que se viven en el grupo social, de tal manera que no se podía sustentar una teoría satisfactoria que explicara los factores que inciden en el problema del niño hiperquinético.

Inciden en este problema el trato de los maestros, las expectativas que crean en los alumnos la mecánica de la enseñanza, la práctica interna y la organización o estructura del sistema educativo.

Cabe hacer notar que:

"Los niños son más proclives a la hiperactividad que las niñas, pues éstas son físicamente más maduras y tienen una mielinización más rápida de las fibras nerviosas, una discriminación visual avanzada y adquieren antes las funciones superiores del lenguaje".⁸

Si se toma en cuenta la gran cantidad de niños que se ven afectados por una alteración psicopatológica sin recibir el tratamiento necesario, debido al desconocimiento del tema de los padres y maestros, respecto de tales enfermedades; resulta evidente la necesidad de conocer este tipo de problemas con el fin de prevenirlos o, en su caso de tratarlos adecuadamente.

D. Objetivos

Se aborda este ensayo para conocer y buscar alternativas que lleven a determinar el problema del niño hiperquinético, y al mismo tiempo contrarrestar los factores que inciden en el desempeño y su proceso de desarrollo.

Todo esto a partir del conocimiento de la problemática y fundamentos teóricos, con el apoyo de la bibliografía adecuada y resultados de estudios hechos por psiquiatras, psicólogos, neurólogos y observaciones hechas en el grupo a partir de unos 15 años atrás.

Que el presente trabajo fruto de experiencias frente al grupo y tomadas de los diferentes opiniones de autores, y de compañeros maestros, sirva como una guía para que los docentes en general puedan aprovechar estos fundamentos para auxiliarse con más conocimiento de causa psicopedagógica.

El propósito como maestra es especificar y averiguar las causas que originan este problema, así como las consecuencias que acarrea si no son tratados médicamente estos niños a su debido tiempo; ya que a pesar de los métodos, técnicas y diversos recursos que se utilizan en las instituciones educativas, desde el nivel primario hasta el superior, no ha sido posible erradicar este problema, por desconocimiento de su detección, tratamiento y canalización.

Un objetivo específico es que a partir de lo que ya se ha expuesto, los maestros y padres de familia cooperen para lograr impulsar el potencial de los niños con problemas de hiperquinesia que se encuentran en pleno proceso de formación, hacia un desarrollo escolar y social.

Los niños que padecen hiperquinesia tienen mucha energía y es necesario que el maestro y los padres encausen esa impulsividad hacia un sentido positivo,

⁸ Idem

mediante el manejo de actividades que coadyuven el mejoramiento del trabajo escolar, entre estas actividades cabe mencionar: las manualidades, deportes, pintura, atletismo y quehaceres del hogar.

De no ser atendidas, sería negativa la situación, ya que los niños se convertirían en un problema para la sociedad, la escuela y la familiar volviéndose niños marginados, apáticos, pandilleros, e incluso drogadictos que en algunos casos llegan a ser niños y jóvenes delincuentes.

Esta tesina modalidad ensayo, por último, tiene el objetivo de valorar la importancia que tiene la educación en el desarrollo en la sociedad, buscando mejores alternativas y propósitos de resolver positivamente los problemas del niño hiperquinético, sus causas y posibles soluciones.

E. Marco de referencia

El diagnóstico de los niños con problema de hiperquinesia es muy difícil. De acuerdo con la propia experiencia, al ser estudiados por personal calificado, muestran muchas de las características psicológicas de los niños hiperactivos que sufren daño cerebral.

Lo que motivó a realizar este trabajo son las diversas observaciones realizadas en el transcurso de la práctica docente en distintas generaciones, en las cuales se han enfrentado problemas con padres, maestros y los propios directores que desconocen esta situación que aqueja a algunos niños.

Desde entonces surgió la inquietud por realizar el estudio de los trastornos del comportamiento infantil que manifiestan hiperquinesia y deficiencia en el aprendizaje.

Debido a las situaciones que se han presentado en la labor docente se han detectado cuatro o cinco hiperactivos cada ciclo escolar con problemas graves de conducta que alteraban la buena marcha de la clase en el aula.

En la Normal Básica para la consecución del Título de Profesor se trabajó el tema "La Disciplina Escolar", pero la interrogante no fue aclarada, no se llegó a nada en concreto del por qué del mal comportamiento de los niños indisciplinados, después de leer muchos libros de psicología y psiquiatría; además de que se acudió con doctores especialistas, como neurólogos, psicólogos y psiquiatras, se llegó a concluir que las causas era la hiperquinesia lo que ocasionaba problemas en algunos niños con alteración de conducta.

El marco referencial en que se realizan estas observaciones y para detectar, canalizar y atender a los niños con el problema de hiperquinesia, fue en varias escuelas pero principalmente en la Escuela Primaria Ing. Felipe Salido en Navojoa, Sonora, que fue donde se presentaron más casos.

Otra institución donde se dio esta problemática fue la Escuela Primaria Abelardo L. Rodríguez, de Arizpe, Sonora, en la cual fueron canalizados 28 niños con la ayuda de los padres, autoridades, clubes, asociación ganadera y comisariado ejidal, esto permitió realizar el pago de camión para el traslado, el encefalograma, consulta y medicamentos.

Al principio de la labor docente el problema fue muy preocupante, por que no se sabía qué hacer con estos niños hiperactivos que entorpecían las tareas escolares; se llamó a sus padres para ver que decisión se podría tomar para mejorar entre ambas partes la situación prevaleciente, y así poder trabajar con el resto del grupo, con esto se pudo detectar a los educandos que verdaderamente necesitaban la ayuda más particularizada por parte del maestro, padres y especialista.

Después de algún tiempo de estar observándolos se optó por preguntar a las madres, qué les pasaba por qué se portaban mal y algunos niños no aprendían, las preguntas que se les hicieron fueron; que si cómo habían nacido, si no se habían dado un golpe o tomado algún medicamento que les hiciera daño, y ellas dieron la pauta a seguir, contestaban que su niño se había golpeado la cabeza al caer perdiendo el conocimiento, nació azulado no lloró, ni respiró luego, le aplicaron fórceps para sacarlo por la estrechez de la pelvis, otras que se les pasó el parto y el niño venía enredado en el cordón umbilical, también a una madre le dio la rubéola y el sarampión cuando estaba embarazada, madres maltratadas y golpeadas, un niño no deseado, madre que sufre y es nerviosa durante el embarazo, es así como suceden las lesiones y los traumas. Cuando los niños hiperactivos eran canalizados con el psiquiatra en su consulta, él explicaba cómo había lesión por las causas antes expuestas y que la madre no se daba cuenta, por que era anestesiada o le daban unas sustancias para inducirle el parto y esto es de graves consecuencias dando lugar a niños hiperquinéticos, epilépticos retrasados.

Al ir consultando la bibliografía concordaban unos autores con lo que se iba observando, así fue como se empezaron a detectar y canalizar a dichos niños hiperactivos cuyo comportamiento era casi imposible de controlar, resolviéndose muchos problemas que antes se desconocían.

Rafael Velazco Fernández, en su obra *El Niño Hiperquinético* explica los procedimientos más adecuados para la comprensión y el tratamiento de los trastornos que la hiperquinesia produce en los niños que la padecen.

El Dr. William M. Cruickshank ofrece una visión general del problema de la hiperquinesia y la mejor forma de tratar y educar a los niños con daño cerebral, así como algunas orientaciones para salvar los obstáculos que entorpecen al desarrollo de dichos niños. No hay un tratamiento farmacológico y es imposible solucionar dicho problema si no se les da medicamento y un apoyo

psicoterapéutico adecuado, tienen que ir las dos cosas, juntos, si no, el niño no mejora.

Por último, en la Escuela Primaria Armando Acuña Rivera No.2 de Agua Prieta, Sonora, se detectaron varios casos de hiperquinesia, pero no fueron debidamente atendidos, en parte porque los padres no aceptaron el hecho de que sus hijos presentaron este problema, y rechazan la idea de llevarlos con el psiquiatra, y por otra parte el medio socio-económico bajo de las familias de ese barrio, no les permitió hacer gastos de traslado para ver un especialista, ya que en Agua Prieta se carece de ellos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

A. Fundamentos y problemática de la hiperquinesia

1. Conceptos de hiperquinesia

Existen diferentes conceptos de hiperquinesia según el enfoque que le dan los diferentes autores.

"La hiperactividad, también llamada hiperquinesia o disfunción cerebral mínima (DCM), es el conjunto de trastornos conductuales de un niño, que se manifiesta con alteraciones del aprendizaje, desestabilización emocional, intranquilidad, incapacidad de fijar la atención y excesivo movimiento".⁹

En lo que respecta al niño en edad escolar, los cuatro últimos trastornos afectan directamente su proceso de aprendizaje.

"Hiperquinesia, síndrome caracterizado por exceso de respuestas a los estímulos, distractibilidad e imposibilidad para terminar una tarea".¹⁰

Algunas definiciones se refieren más directamente a una hiperactividad como un aumento patológico de la actividad física o movimiento excesivo.

Siendo que la hiperquinesia es un problema causado por diversos factores, es de esperarse que tenga serios y desfavorables consecuencias en la escuela, hogar y comunidad.

⁹ Revista Enfoque. P.7

¹⁰ Rafael Velazco fernández. Op. Cit. P.29.

Entre los factores que causan la hiperquinesia se mencionan algunas para dar un panorama de cómo surge este problema, y ellos son: prenatales, perinatales y posnatales.

Período prenatal, esto es mientras el niño está aún dentro de la matriz; perinatal es durante el alumbramiento y posnatal es a consecuencia de muchas clases de accidentes o enfermedades que el niño puede sufrir en los primeros años de vida.

De estos factores se derivan las siguientes consecuencias: impulsividad, falta de concentración, movimiento corporal excesivo, inestabilidad, debilidad emocional, coordinación visomotora, lectura pobre, relaciones interpersonales difíciles, hiperactividad verbal, irritabilidad, desobediencia patológica etc.

"El síndrome hiperquinético no indica severos problemas en la salud del niño, sino que es motivo de desajuste en la adaptación, el aprendizaje y sus relaciones sociales, esta conducta es casi incontrolable para el pequeño, y le crea problemas debido a su excitación, agitación, impulsividad, desobediencia y alboroto".¹¹

El niño hiperquinético como suele llamársele también al pequeño que sufre trastornos disfuncionales, exhibe dichas desviaciones conductuales, de severas consecuencias tanto para él como para su familia y su grupo escolar.

"El niño con daño cerebral es el que tiene un diagnóstico definido de lesión neurológica específica o difusa y está caracterizado también por una serie de importantes problemas psicológicos".¹²

Invariablemente el niño hiperquinético presenta este tipo de lesiones en mayor o menor medida desde que está en el vientre materno, por la posición y el tamaño del feto, anemia, porque no respiró a tiempo, por un golpe en el vientre a la madre,

¹¹ Revista Enfoque, P.7.

¹² William MJ. Cruickshank. El niño con daño cerebral. P.45.

si el niño al momento de nacer se le pasa unos siete segundos por alguna causa y no respira, luego sufre de asfixia y es cuando se produce lesión, también si es sacado con fórceps, si nació por cesárea y es jalado sin cuidado, cuando la madre no se nutre bien el feto se mal forma, y ese niño ya viene afectado por una inmadurez cerebral.

"Hiperquinesia es un término usado años atrás para designar sencillamente conductas caracterizadas por un exceso de actividad, inquietud e impulsividad en niños a los que se suponía afectados por algún daño cerebral orgánico".¹³

Actualmente éstos ya no son solamente suposiciones de lesiones cerebrales, sino que ya son comprobables por medio de estudios neurológicos, psiquiátricos y psicológicos.

2. Actitud del maestro ante el niño hiperquinético

La hiperactividad o hiperquinesia es el más aparente de los trastornos de la conducta. No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino un verdadero estado de movilidad casi siempre permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño como lo es la edad escolar, ya que el síntoma es muy notorio.

Frecuentemente son los maestros de enseñanza básica quienes lo detectan; con mayor razón si se considera que los niños hiperactivos interfieren en la buena marcha del grupo dentro y fuera del salón de clases, dificultándose la detección y el saber diferenciar un problema de otro; es por eso que el maestro se queja de dichos niños, pierde la paciencia y de esta manera el alumno hiperquinético trastorna la clase.

¹³ Enciclopedia Océano. Vol. 2. Transtornos del desarrollo. P.68.

La hiperquinesia es un problema grave que afecta a la sociedad, pues quien la padece acarrea en potencia, menos posibilidad respecto al desarrollo de la personalidad. Esto constituye una desventaja en el niño de edad escolar.

3. El niño hiperquinético y la disciplina escolar

En lo que se refiere al salón de clases donde el niño se desenvuelve, la disciplina contradice las exigencias de movimiento y distracción del niño hiperquinético. Sabe que le llaman la atención porque el maestro quiere que se mantenga quieto para que trabaje, ponga atención y deje a los otros hacerlo por lo cual tiende a sentirse incomprendido.

Persuadidos por su fracaso, estos alumnos se sienten frustrados cuando después de varios intentos por cambiar de conducta no lo consiguen; creen que el maestro y los reglamentos son muy estrictos y no pueden acatarlos.

Todos los autores que han investigado clínicamente el síndrome de disfunción cerebral mínima describen la irritabilidad como otro síntoma característico.

"Tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo, en comparación con lo que ocurre en los niños normales. Como consecuencia de ello se presentan dos hechos que se pueden considerar como derivados de la irritabilidad. Por una parte el niño muestra escaso control sobre su conducta y éste se vuelve imprevisible a la vista de los adultos; y por otro lado, por las mismas razones exhibe una baja tolerancia a las frustraciones, las cuales suelen manifestarse en forma de rabietas y 'berrinches' incontrolables. Es un hecho bien conocido que los niños hiperquinéticos pasan sorpresivamente del enojo a la risa y de éste al llanto, además de que el no obtener /o que desean (incluso cosas sin importancia) puede provocar una verdadera 'pataleta' que hace que los padres pierdan la paciencia".¹⁴

Antes de decir algo muy general respecto a las técnicas pedagógicas recomendadas para enseñar al niño que sufre disfunción cerebral mínima,

conviene que se aborde, de manera también muy superficial, el problema de las actitudes y conductas que el profesor no especializado puede adoptar ante el comportamiento de los niños hiperquinéticos que asisten a su clase. Por la índole misma del trastorno es el salón de clases donde afloran más fácilmente los dos grandes grupos de síntomas: aquellos que afectan la conducta del niño y los que producen las dificultades de aprendizaje, aún tratándose de un niño cuyos cambios del comportamiento no sean tan graves en el hogar, en el salón de clase se manifiesta con toda su severidad; distrae y provoca a los demás, no permanece en su sitio durante las explicaciones del profesor, no termina su trabajo, no atiende por tiempo suficiente, etc.

La situación se torna frustrante para el niño y el profesor y afecta al resto del grupo.

Asistir a la escuela primaria significa que el niño empieza a encarar su fracaso en el aprendizaje, el castigo repetido y la actividad de inaceptación de sus condiscípulos; todo ello lo va identificando como “el niño diferente”.

Lo más probable, de acuerdo con las estadísticas, es que el profesor de escuela primaria que atiende un grupo de 30 niños o más, tenga al menos un hiperquinético en su clase, y quede obligado por esta circunstancia a enfrentar los problemas que de ello se derivan. En ocasiones se dedica un tiempo excesivo a su atención individual (las más de las veces para advertirle, discutir con él, castigarlo), que en la atención a los otros niños.

Otro síntoma importante, que a su vez origina ciertas modalidades de comportamiento, es la impulsividad entendida ésta como la pérdida de la capacidad de inhibir la conducta. El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos. Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas.

¹⁴ Rafael Velazco Fernández. Op. Cit. P.32.

Wender considera que la impulsividad incluye la baja tolerancia a la frustración, que ya se menciona, así como lo que se puede llamar conducta antisocial, lo cual comprende a su vez la agresividad, la destructividad ya veces la tendencia acometer frecuentes hurtos. El mismo autor pone énfasis en los problemas que el niño tiene con el control de los esfínteres, señalando como datos frecuentes la enuresis y la encopresis.

La impulsividad del niño hace que a éste se le tome por temerario; lo que sucede en realidad, como suele decirse, es que no mide el peligro. Debido a su incapacidad para inhibir los impulsos, frecuentemente se ve involucrado en conflictos interpersonales y puede caer en la conducta antisocial a la que se ha hecho referencia. En efecto, suelen tomar para sí objetos ajenos artículos escolares de sus condiscípulos, dinero que la madre guarda en la casa (esto es la mayor parte de las veces); además de cometer los actos que se derivan de su agresividad y que casi siempre ameritan castigos tanto en la escuela como el hogar. Son los niños eternamente castigados.

4. Actitud de los padres ante el niño con problemas de hiperquinesia

"Hace algunos años el Dr. Thelander se refirió a la capacidad que tienen muchos de estos niños para comprender órdenes verbales; se sabe desde luego, que son desobedientes, pero su actitud ante las reglas y limitaciones establecidas por los adultos que tienen autoridad sobre ellos, no es la de quien desobedece a sabiendas de que cometa una falta que habrá que ocultar, sino la de quien no ha comprendido la prohibición y su significado ni mucho menos la necesidad de acatarla".¹⁵

El niño comete una y otra vez la misma falta sin tratar de ocultarla, sin comprender por qué se le castiga y se muestra sorprendido; le parece que se comete una injusticia con él. Respecto a la conducta de estos niños en relación a su desobediencia, los padres suelen expresarse así:

"Mi hijo no es capaz de obedecer, he probado hasta diciéndole las cosas al revés pero no obtengo hasta buenos resultados, después de una explicación y una amenaza apenas me doy la vuelta, ya está haciendo lo que le prohibí; con mi niño no valen los golpes ni los castigos, simplemente no registra lo que le prohíbo."¹⁶

Estas son expresiones recogidas en la práctica diaria; tal como fueron emitidos; demuestran un desconcierto explicable por la forma tan peculiar de desobediencia de sus hijos, y un desconocimiento total del problema de la hiperquinesia.

Cabe decir que ésta no es ni siquiera una verdadera desobediencia, ya que difícilmente se desobedece una orden que no se ha comprendido. Tanto padres como los maestros necesitan tener conocimiento de los síntomas que presenta esta afección, no sólo para detectarla, sino para asumir la actitud correcta para su educación y tratamiento.

Con frecuencia, los padres de familia se quedan anonadados cuando se enteran de que su niño tiene un daño cerebral. Es muy comprensible este pasmo inicial; su problema es real, y se comprende su reacción. La noción del daño cerebral encierra amenazantes conceptos históricos para mucha gente. Los padres tal vez sepan de un pariente o del amigo de un amigo al que se le diagnosticó un daño cerebral, y que tenía graves problemas de control motor, locomoción o comunicación.

Los padres se forman cuadros imaginarios de estos mismos problemas y rápidamente y en sus propios niños conforme a los mismos.

Otros padres procuran deshacerse de toda responsabilidad y se acuerdan enseguida, por ejemplo, de que "mi suegra fue una persona rara" "el problema de Pepito debe haber sido transmitido por la familia de mi esposa".

¹⁵ Rafael Velazco Fernández. Op. Cit. P.35.

¹⁶ Idem.

Una vez más se dice que son cosas sobre las cuales los padres tienen poco o ningún control. No constituyen responsabilidad personal de los padres, ni motivos por los cuales sentir culpabilidad, no son sucesos que permiten a un padre culpar al otro. Se repite que son hechos que hay que encarar realísticamente. En vez de interiorizar el problema, la energía de ambos padres, debe dirigirse hacia el niño para asistirlo positiva y completamente.

Los padres se necesitarán uno al otro demasiado durante el desarrollo vital de su niño con lesión cerebral, y no deberían levantar obstáculos o barreras entre ellos.

Los padres de los niños hiperquinéticos generalmente hacen preguntas en relación con las causas del trastorno, el uso de medicamentos, el pronóstico, la conducta que deben seguir con su hijo, etc. No solamente porque desde el punto de vista ético tienen derecho a las respuestas correctas, sino porque el hecho de proporcionárselas sirve aun fin terapéutico útil el padosiquiatra o el pediatra (el médico, en una palabra) debe dar explicaciones empleando un lenguaje accesible, según el nivel de preparación de los padres; estas explicaciones deberán ser lo más completas posibles.

Debido a que la mayoría de las veces los padres se responsabilizan de los problemas de conducta del niño, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suele generarse, razonablemente se puede decir que la mejor manera de hacerlo consiste en proporcionar una explicación acerca de las causas del trastorno, declarando con seguridad que el mal radica en un problema de funcionamiento del sistema nervioso del niño.

Es conveniente proporcionar una segunda explicación tan amplia como se juzgue necesaria, la cual tendrá como finalidad la aceptación, por parte de los padres y de la prescripción de los medicamentos que se han recomendado.

Muchos padres se resisten a aceptar un tratamiento medicamentoso por considerar que, debido a que el origen del trastorno es orgánico y el mal es irremediable, no tiene sentido administrar medicamentos incapaces de cambiar el daño estructural ocurrido en el cerebro del niño. Los argumentos que deben emplearse en estos casos se refieren a los que realmente se espera de la acción de los medicamentos: son sustancias que disminuyen la actividad física y la impulsividad; y que en general, aumentan la atención y mejoran la conducta del niño.¹⁷

En la realidad las relaciones con el hijo son difíciles porque le exige atención constante. En ocasiones el niño rehúsa compartir sus juguetes con la hermanita e incluso la tira al suelo cuando le pide jugar con su colección de camiones. Pelea con los del vecindario, excepto con los que son mucho menores que él, a quienes les dedica más tiempo del que un niño de su edad pasaría con ellos. Aunque siempre tienen hambre especialmente de dulces, durante la comida familiar (a la que llega por costumbre media hora más tarde) juguetea con la comida hasta que, ante la amenaza de la madre engulle los alimentos; frecuentemente come con las manos en vez de usar los cubiertos, los que arroja al suelo cuando lo regañan por sus malos modales.

Aunque suele ser un muchacho listo y atractivo, va mal en la escuela, sale reprobado o lo expulsan por su incapacidad para guardar compostura y aplicarse al trabajo. Los padres ya no saben que hacer con él, lo llevan al pediatra, quien por lo general opina que está en perfectas condiciones físicas, que es algo hiperactivo, de inteligencia normal o superior y lo que resulta más tranquilizador de todo, que es un niño que probablemente superará con el tiempo su problema de conducta.

"El fantasma del futuro espanta a todos, con sólo que lo permitamos. Muchos padres se preguntan por lo que será de sus hijos cuando lleguen a ser hombres o mujeres jóvenes. Para quienes

¹⁷ Rafael Velazco Fernández. Op. Cit. Pp. 84-85.

tenemos niños más pequeños, no puedo sino pensar en que podemos concebir mucha esperanza. Dentro de unos cuantos años tal vez se haga algo para convencer a la gente en general de que no obstante que algunos de estos niños no pudieron terminar un programa completo de secundaria, sí pueden sobresalir en algún campo todavía más que un niño haya completado su educación. Si es capaz de hacer lo que sabe hacer bien, se convertirá en un empleado valioso. Pero la educación y el público tendrá que abrir estas puertas".¹⁸

A los niños con problema se les ha dado un seguimiento en la secundaria y no han podido terminarla y sus padres los pusieron a estudiar y aprender un oficio en corto tiempo, y llegan a ser muy buenos estilistas, carpinteros, modistos, etc.

B. Causas que inciden en la hiperquinesia del educando

1. Prenatales¹⁹

Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los cambios estructurales responsables de la disfunción son los siguientes:

Padecimientos infecciosos de la madre, por ejemplo la rubéola y el sarampión, cuando está embarazada no debe tener contacto con niños que las padecen, porque se contagia, afecta al feto o al bebé, otro de los padecimientos que puede sufrir la madre mientras el niño está en el vientre es la toxoplasmosis, que es una infección en el útero, muy grave, que puede producir deficiencia mental.

Anoxia del producto en el útero, falta de oxigenación de la sangre en el recién nacido, producidas por diversas causas, generalmente por algunas de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión e infarto placentario.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Idem. P.25.

Anoxia por parto prolongado en el momento de nacer la expulsión del niño no es normal, por doble circuito del cordón umbilical se enreda en el cuello y el niño no baja. Anemia grave es cuando no hay buena alimentación sobre todo deficiencia de hierro, el bebé nace de bajo peso, sufre de enfermedades del corazón, hemorragias durante el parto, puede causar la muerte de la madre y del niño.

Hipotensión severa: baja tanto la presión a la madre y no tiene fuerzas para expulsar al niño, tiene trabajo de parto y el tiempo de nacer se pasa, se asfixia y sufre de una lesión.

Infarto placentario es un desprendimiento de placenta sin ser tiempo de nacer y al niño no le pasa oxígeno por el cordón umbilical por medio de la placenta.

Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias) cuando el niño está por nacer, para sacarlo el doctor con sus manos le aprieta la cabecita o aplica mal los fórceps, unos fierros que se usan para sacar al bebé cuando hay problemas, como cuando la madre es estrecha de pelvis o el niño viene mal.

Toxemia del embarazo es falta de oxigenación en la sangre porque a la madre se le sube tanto la presión y aumenta los latidos del corazón del bebé, si no se saca el producto por cesárea el niño sufre de una lesión o la muerte.

Trauma directo en el cerebro es porque el médico que atiende a la madre en el momento del parto, aprieta la cabecita del bebé al quererlo sacar con los fórceps y jalarlo porque no puede nacer, o también al doctor o enfermera se le resbala el recién nacido y cae al piso.

Diatesis hemorrágico, grupo de enfermedades de la sangre caracterizada por un retardo en la coagulación y un exceso de sangrado. La exposición excesiva a los rayos x en los tres primeros meses, si a la madre se le sacan radiografías destruye al feto o lo deforma. Disturbios metabólicos, si la madre durante el embarazo no

tiene buena digestión y mala absorción de los nutrientes, cuando la madre es diabética. El niño puede tener muchos problemas por que a la madre no le está trabajando bien su organismo y el niño nace con exceso de peso y muy enfermizo.

2. Paranatales²⁰

Entre los factores paranatales que actúan durante el parto se pueden citar, los siguientes:

Anoxia neonatorum, producida regularmente en las siguientes situaciones:

Obstrucción respiratoria, es una condición patológica que consiste en que el pulmón si se ventila (por comprensión o bien por reabsorción) que dificulta la respiración y por lo tanto la oxigenación de la sangre al recién nacido.

Mal uso de sedantes, la madre no debe tomar sedantes cuando está embarazada porque le afecta al bebé. Anestésicos administrados a la madre, no debe ir al dentista porque no puede ser anestesiada.

Placenta previa trastorno del embarazo que consiste en que la placenta tiene una implantación baja en el útero, e impide la salida del niño durante el parto y es causa de graves complicaciones. Hipotensión pronunciada es cuando a la madre se le baja la presión levemente y puede ser controlada.

Todas las distocias que son partos complicados por diversas causas capaces de producir sufrimientos fetales, aplicación deficiente de los fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción del parto con acitocio, sufrimiento fetal, etc.

²⁰ Ibidem. P.26.

3. Posnatales

Entre las causas posnatales, se consideran como más frecuentes las siguientes:

"Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tosferina, como se ha observado en las investigaciones de Litvak (1948) y de Luria (1942); el sarampión; la escarlatina y las neumonías, también la encefalitis y la meningitis. (...) durante un tiempo el síndrome que ocupa se llamó precisamente, postencefalítico, debido a la frecuencia con que se encuentra la encefalitis como antecedentes".²¹

Además traumatismos craneanos, secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh, neoplasias cerebrales, anoxias accidentales pasajeras.

C. Consecuencias de la hiperquinesia

1. Expectativas que crea la hiperquinesia en los educandos

"La impulsividad del niño hace que a éste se le tome por temerario, lo que sucede en realidad es que no mide el peligro debido a su incapacidad para inhibir los impulsos".²²

Frecuentemente se ve involucrado en conflictos interpersonales y puede hacer en la conducta antisocial, es decir, que este niño se siente incomprendido y rechazado por sus hermanos, vecinos y compañeros de escuela y manifiesta con frecuencia, expresiones como las siguientes: porqué no me podré portar bien, soy malo, no me quieren, me regañan y castigan a cada rato. Se consideran incapaces, diferentes, inadaptados, pueden proponerse adoptar actitudes como: ahorita ya me voy a portar bien, le obedeceré a mi mamá y maestros. Pero como acaban de castigarlo y vuelve a cometer la misma falta, sin poder comprender porqué lo castigan, se muestra sorprendido cuando se le llama al atención,

²¹ Idem.

²² Ibidem. P.33.

considerándose injustamente tratado.

Como la hiperquinesia misma está asociada a la incapacidad para la concentración, se produce el tiempo que el niño lo dedica a su trabajo escolar, y las tareas en casa, vienen las dificultades de estudio, actuando como generadores de la hiperquinesia. El niño ve que su maestro le llama la atención porque no termina su trabajo y no aprende, opta por decir: yo no sirvo para nada, no me gusta el estudio y no quiero hacerlo, siempre repruebo aunque lea muchas veces mis apuntes. Con estas expresiones en mente va perdiendo interés por sus clases y llega a la conclusión de que es mejor salirse de la escuela o hacerse la pinta y no entrar al salón de clases; o si entra es para hacer relajo o daño a los demás compañeros o al mismo maestro; otros se deprimen y se sienten frustrados, a tal grado que se refugian en grupos o pandillas en las que llegan a asumir problemas de delincuencia juvenil.

2. Algunas características que identifican al niño hiperquinético²³

Movimiento corporal excesivo. El niño se mueve constantemente, se retuerce, corre y tropieza. Rara vez está sentado y quieto.

Impulsividad e Impaciencia. Responde a los estímulos del momento, sin autocontrol ni inhibición. No puede posponer gratificaciones; hace continuas demandas de atención o de cosas.

Atención dispersa. Es muy distraído, no puede concentrarse por mucho tiempo. No obedece instrucciones. Tiene dificultades para terminar un trabajo o juego.

Inestabilidad. Es variable en sus respuestas; un día hace algo bien y al siguiente tiene problemas con la misma actividad.

²³ Revista Enfoque. Op. Cit. P.7

Debilidad emocional. Reacciona exageradamente a la estimulación mediante llanto, ira, agresión y otros estallidos emocionales.

Coordinación visomotora pobre. Tiene dificultades para escribir, dibujar y recortar. Es torpe en el juego y le cuesta encontrar el equilibrio.

Escasa memoria. Olvida las instrucciones, órdenes, lecciones y encargos. Le cuesta retener información.

Dificultades con la aritmética. Manifiesta problemas en las operaciones matemáticas básicas y en los cálculos exactos.

Lectura pobre. Le cuesta asociar los sonidos alfabéticos con letras y fonemas, pues tiene trastornos perceptivos, especialmente disociación, es decir, que no percibe las cosas como un todo, sino como una suma desestructurada de partes separadas, lo que le hace captar las letras como símbolos y no comprenden lo que ellas significan. También tiene desórdenes del habla. Relaciones interpersonales difíciles. Puede llegar a ser agresivo, peleador, mandón y destructor, lo que lleva a la marginación y la soledad. En casos extremos llega hasta la piromanía, el vandalismo y el crimen.

Tendencia al fracaso. Generalmente tiene baja autoestima o un pobre concepto de sí mismo. Es inconstante. Renuncia rápidamente a una tarea por el alto registro de fracasos. La mayoría de las veces no quiere ni siquiera intentarlo.

Según Nees y Peters existe una escala de actividades del niño hiperquinético que pueden ubicarse dentro y fuera del hogar, y que se manifiesta en situación específica, durante las comidas, en el cine, en la iglesia, etc.

Esta escala que se ubica dentro de los rangos: nunca, algo y mucho, tiene mayor frecuencia o incidencia en el rango mucho; y cero en el rango nada, lo que

evidencia la invariabilidad y recurrencia de las manifestaciones hiperquinéticas, en actividades que en situaciones normales no se manifestarían.

3. Formulación del diagnóstico del niño hiperquinético

El examen del niño debiera incluir:

a) La evaluación de los padres.

Historia familiar, como cuántos hermanos tiene, qué lugar ocupa entre ellos, si su papá, mamá, tíos, abuelos tuvieron alcoholismo, alguna enfermedad mental o epilepsia; historia clínica del niño; cuántas inmunizaciones ha tenido, si lo han hospitalizado, cuántas veces y porqué, qué enfermedades ha padecido en su infancia, si se cayó y tuvo algún golpe, si se desmayó, vomitó, si volvió en sí luego o al mucho rato.

En la historia del desarrollo del niño se trata de saber cómo fue el embarazo de la madre (cualquier problema que hay tenido) como fue el parto, problemas neonatales, etapas de crecimiento (edad en que se sentó, pronunció palabras, gateó, caminó, distinguió los colores, etc.) también la historia de la conducta del niño.

b) Evaluación del Maestro.

Debe tener los antecedentes académicos, si tiene buen aprovechamiento, o es de lento aprendizaje, (lectura, escritura, aritmética) como se comporta en el aula y fuera de ella.

c) Evaluación del Médico.

Historia del embarazo (que enfermedades tuvo la madre, si se dio algún golpe en el vientre, qué medicamentos tomó, si le hicieron daño y si tuvo hemorragias); aquí también va la historia del parto (duración del parto, si se le pasó el tiempo de nacer o nació a tiempo, si usaron anestésicos, si fue por operación cesárea; utilizaron fórceps o fue parto inducido.

La historia neonatal, (si al niño lo metieron en incubadora, si mamó y lloró; su estado general y peso al nacer, si nació azulado o amoratado. También se necesitan pruebas de laboratorio como exámenes de sangre y orina, para saber si no está anémico o tiene una infección; porque esto a veces provoca la hiperactividad.

Por consiguiente es factor determinante la labor psicopedagógica del maestro; es compromiso de cada educador detectar cada problema y poder canalizar donde corresponde, empleando la psicología aplicada, al inicio de cada ciclo escolar.

El interés principal de esta investigación estriba en señalar los métodos y técnicas que se utilizan para diagnosticar y ayudar en problemas de hiperquinesia, como también auxiliar y orientar a los padres.

En los métodos y técnicas para hacer dicho diagnóstico intervienen pediatras, neurólogos y psicólogos por medio de una historia clínica y examen neurológico, practicándole un electroencefalograma y pruebas psicológicas y psicopedagógicas, entrevistas con los niños y test con sus padres. Esta es la parte fundamental de la historia clínica. Los padres en especial la madre, constituye la principal fuente de datos; de los antecedentes que más importan, son los relativos a la historia del embarazo ya las circunstancias del parto porque ahí se decide la vida y la personalidad del niño.

De todo esto se infiere la trascendencia de una adecuada formación psicopedagógica del maestro, en el conocimiento del problema del niño hiperquinético, su diagnóstico, tratamiento y adecuado manejo educativo.

4. Tratamiento

"Los trastornos en la conducta de los niños son confundidos a menudo, incluso por los propios padres, con rabietas o empecinamientos de carácter infantil; muchas veces la realidad es que el niño padece alguna alteración psicopatológica que, de no ser tratado puede afectar seriamente y de manera irreversible la vida del individuo".²⁴

De ahí la importancia que tiene, tanto para profesionales y estudiosos relacionada con la psicología y la psiquiatría, como para los padres y profesores que tengan mucho cuidado al detectar al niño hiperquinético, de otro niño con conductas adquiridas.

La realidad clínica demuestra a pesar de esas opiniones que el tratamiento del niño que sufre disfunción cerebral o hiperquinesia se complementa favorablemente con el manejo psicológico y psiquiátrico tanto de él, como sus padres y en constante comunicación con los maestros.

Debido a que la mayoría de las veces los padres se responsabilizan de los problemas de conducta del niño, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suelen generarse. Razonablemente se puede decir que la mejor manera de hacerlo consiste en proporcionar una explicación acerca de las causas del trastorno, declarando con seguridad que el mal radica en un problema de funcionamiento del sistema nervioso del niño.

Si éste es comprendido cabalmente por los padres, el médico habrá ejercido una influencia positiva en su intención de liberarlos de un sentimiento de culpabilidad,

porque a veces creen que es algo transmitido a través de la herencia.

Examen Neurológico

Las pruebas que se anexan se pueden practicar fácilmente en la oficina del psicopedagogo puesto que él tiene instrumentos especiales, por medio de ellos se pueden detectar fallas neurológicas, como en un electroencefalograma.

El medicamento que el psiquiatra que ha manejado siempre es la Carbamecepina (Tegretol) de 200 mgr., combinada con Melleril de 25 mgr., distribuidos en 3 tomas o sea de una a tres tabletas, también Italvirón que son vitaminas para fortalecer el cerebro.

Los argumentos que deben emplearse en estos casos se refieren a lo que realmente se espera de la acción de los medicamentos: son sustancias que disminuyen la actividad física y la impulsividad; y que en general, aumentan la atención y mejoran la conducta del niño.

²⁴ Rafael Velazco Fernández. Op. Cit. P. 134.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

En el trabajo de la presente investigación tesina modalidad ensayo, se empleó la bibliografía necesaria que se apega al tema de investigación usando como instrumento para recolectar la información, fichas bibliográficas y de trabajo, todo basado en el método de investigación documental.

A. Elección del tema

La selección del tema, se dio por una inquietud que siempre ha preocupado a las situaciones problemáticas que se presentaron en la práctica docente, como lo es la del niño con alteración de conducta en el grupo y resultaron ser niños hiperquinéticos.

B. Plan de trabajo

Siendo que la hiperquinesia es un problema importante causado por diversos factores, es de esperarse que tenga serios y desfavorables consecuencias en la escuela, hogar y comunidad; puesto que el maestro y padres de familia son los que lo padecen, se determinaron los contextos en los cuales se explicarían las fundamentaciones teóricas y su análisis, en relación con el problema del niño hiperquinético.

La idea fue investigar acerca del niño hiperquinético, saber las causas que originan el problema y darle una pronto solución, a partir del conocimiento que se tenga de él; ya que es un problema grave que no deja que el niño se desenvuelva normalmente en la escuela, hogar y sociedad en que vive.

C. Recopilación del material

Ya estando el tema listo, se inició la búsqueda de bibliografía que se apegara más a lo que se pretendía desarrollar en la presente tesina modalidad ensayo; investigar permitió encontrar el material de apoyo en libros, apuntes, diccionarios, enciclopedias, etc. Principalmente sirvió de mucho la ayuda e información que me brindó el Psiquiatra Dr. Adrián Duarte Mooler de la Clínica de Praga al cual se agradece todo el apoyo brindado.

D. Organización y análisis

Reunido todo el material necesario, el siguiente paso se dedicó a realizar la organización formal del cuerpo de la investigación y se basó en el esquema, analizando los contenidos.

E. Redacción y presentación

Ya organizado todo el trabajo se redactó de tal manera que al leerlo facilitara la comprensión de cada capítulo, después de muchos borradores, hasta quedar el escrito definitivo.

RESULTADOS

El contenido del presente trabajo arroja una panorámica aceptable sobre el tema del niño hiperquinético, partiendo de una profunda investigación documental y de los fundamentos teóricos expuestos.

Esta investigación se basó en las experiencias que se presentaron en la práctica docente propia, la cooperación de doctores especialistas, como neurólogos, psiquiatras, psicólogos, maestros, padres de familia y la opinión de diferentes autores que ayudaron a fundamentar el marco teórico en la conceptualización y

aspectos referentes a lo que es un niño hiperquinético.

Los métodos y las técnicas que se utilizaron para diagnosticar las causas que originan el problema de la hiperquinesia. Fueron decisivos para ayudar favorablemente al niño, por medio del medicamento adecuado, y así poder incorporarse al grupo escolar, a la familia ya la sociedad.

A partir de esta investigación se puede dar idea de la gravedad del problema del niño hiperquinético, porque tanto padres como maestros, ignoran lo que implica la detección, causas, consecuencias y tratamiento de esta patología, que origina maltrato e incomprensión, falta de apoyo escolar; familiar y social para los niños con este problema.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La hiperquinesia es un problema grave que afecta a la labor educativa, por lo que es deber de cada maestro detectar las causas y motivos que la originan.

Se cuenta ahora con medicamentos que controlan bastante la conducta hiperactiva del niño hiperquinético.

Un mayor conocimiento de la naturaleza de este trastorno permitirá mantener y seguir el curso del tratamiento hasta lograr una mejora de la función, a nivel educacional, personal y social, en beneficio del niño, la familia y la escuela.

A partir de las investigaciones anteriormente expuestas, se puede decir que esta tesina ensayo, pretende responder alas interrogantes de cómo es un niño hiperquinético, las causas que lo originan y cómo resolver dicho problema. Debe quedar claro que el niño al que nos referimos es un niño con inteligencia normal, lo cual no descart1a la posibilidad de que la hiperquinesia coexista con un retardo mental. La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia, por lo

que aunado a la falta de concentración y exceso de actividad, se puede dar la verborrea o parloteo constante. En ocasiones la forma es que se manifiesta la disfunción cerebral produce una sintomatología relacionada con la esfera de la conducta, que es la más afectada, y afecta a su vez a quienes lo rodean.

Sugerencias

Los padres de un niño hiperquinético deberán tener en cuenta las siguientes recomendaciones u orientaciones:

- ✚ Mantener una fluida comunicación con el niño, comentarle los problemas que ocasionaron sus conductas, conocer sus motivaciones y decirle lo que se espera de él.
- ✚ Ayudar al niño a desarrollar la autoconfianza y la autoestima, teniendo logros consigo mismo y luego con los demás.
- ✚ Reconocer sus progresos y hacérselo saber.
- ✚ Aceptarlos tal como son y demostrarles amor mediante el contacto físico y psicológico.
- ✚ Recompensarlo cuando lo merezca.
- ✚ Ayudarle a descubrir el sentido del humor, bromear e inclusive, a reírse de sus propios errores. Involucrar al niño en la determinación de reglas, limitaciones y observaciones que le competan.
- ✚ Asignarle responsabilidades familiares y ayudarle a cumplirlas.
- ✚ Evitar el castigo físico y emplearlo sólo cuando sea absolutamente indispensable. Ser estable y perseverante en la disciplina que se le aplique (o en el plan de recuperación, cuando éste existiera).
- ✚ Señalarle claramente sus errores y ayudarle a corregirlos demostrándole con tacto lo que debe hacer.
- ✚ Asegurarse de que reciba una dieta nutritiva como corresponde a su caso.
- ✚ Estar en comunicación con los maestros y docentes para que esta conducta de recuperación no se vea interrumpida en la escuela.

- ✚ Brindar al niño atención médica de un especialista, psiquiatra, neurólogo y asegurarse de que el niño tome el medicamento recetado por el médico a sus horas, porque si se le pasa un día, necesitaría volver a empezar, y es como si no hubiera tomado nada.
- ✚ Ofrecerle la paz y la seguridad de un hogar bien establecido, donde las relaciones interpersonales sean regidas por el amor y la comprensión.
- ✚ Será necesario que en 'o futuro se acondicione en cada escuela, un centro psicopedagógico que tenga un aparato para tomar electroencefalogramas y poder diagnosticar la gravedad del problema.
- ✚ Que los docentes se profundicen en los problemas de cada alumno que atiende para encontrar las posibilidades de ayudarles a adaptarse a la escuela y en el medio en que se desenvuelve, pudiendo así trabajar mejor con el resto del grupo.
- ✚ Que los padres de familia hagan conciencia de los problemas de hiperquinesia de sus hijos, cooperando con los especialistas correspondientes, le den su medicamento que le ha sido recetado y siga asistiendo al centro psicopedagógico.

La perspectiva actual ofrece esperanza y aliento. Por medio de estudios cuidadosos, se ha demostrado que existen muchos recursos para ayudar al niño, así como a la familia, la escuela y en un futuro a la propia sociedad.

Un mejor entendimiento del problema mejorará su manejo y tratamiento. Una última sugerencia a las instituciones educativas es que se reglamente la atención especial de niños hiperquinéticos, en lugares exprofeso, para que no se afecte a los grupos escolares ni a ellos mismos.

GLOSARIO

ANAMNESIS: Estudio de los síntomas y signos mediante interrogatorio, que comprende los antecedentes personales y familiares, así como el curso de la enfermedad.

ANOXIA NEONATORUM: Falta de oxigenación en la sangre del recién nacido, producida por diversas causas.

CONDUCTA SOCIOPÁTICA: Sociopatía y psicopatía son sinónimos en la psiquiatría moderna.

DESARROLLO PSICOMOTOR: Es el progreso que el niño va logrando en las áreas psíquicas y biológicas (sinónimo de desarrollo psicobiológico) comprende el lenguaje, la capacidad de sentarse, gatear, caminar, etc.

DEATESIS HEMORRÁGICA: Grupo de enfermedad de la sangre caracterizada por un retardo en la coagulación y un exceso de sangrado.

DISARTRIA: Trastornos del lenguaje hablado debido a defectos que impiden coordinar la musculatura de la fonación, y, en consecuencia, la correcta articulación de las palabras.

DISCALCULIA: Dificultad para efectuar las operaciones aritméticas elementales.

DISFORIA: Estado de tristeza y ansiedad asociado a excitación y excitabilidad aparentemente inexplicable.

DISFUNCIÓN: Funcionamiento trastornado u obstaculizado de un órgano específico: disfunción glandular, disfunción cerebral, etc.

DISGRAFÍA: Dificultad para la escritura.

DISTOCIAS: Partos complicados por diversas causas.

ELECTROENCEFALOGRAMA: Representación gráfica de los potenciales eléctricos del cerebro, registrados por electrodos que se fijan en el cuero cabelludo. Se emplea para el diagnóstico de trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos, así como para la investigación neurofisiológica.

ENDOGENOS: En psiquiatría, dicese de los padecimientos que tienen su origen en el interior del organismos y afectan directamente al sistema nervioso. El término se usa en la clasificación de los trastornos mentales, cuando se tienen datos para suponer que aquellos dependen de factores hereditarios y constitucionales.

ENURESIS: Falta de control del esfínter urinario, que da por resultado que el sujeto se orine involuntariamente.

ESTIMULACIÓN ESTROBOSCÓPICA: Es la que se hace durante la toma del electroencefalograma, mediante una luz intermitente que es proyectada sobre los párpados cerrados del sujeto, producida por un aparato especial (estroboscopio).

ESTRUCTURAS CORTICALES: Células nerviosos de la corteza cerebral.

EXÓGENOS: Se aplica a este término a los factores (etiológicos) que inciden desde afuera para producir estados patológicos.

FOTO ESTIMULACIÓN: Estimulación por medio de la luz durante la toma del electroencefalograma. **HIPERACTIVIDAD:** Aumento patológico de la actividad física.

HIPERQUINESIA: Movimiento excesivo.

HISTORIA CLÍNICA: Documento que se obtiene a través del interrogatorio y la exploración clínica de un sujeto en relación con su estado de salud. Contiene los antecedentes patológicos personales y familiares, el estudio de la situación actual, los resultados de la exploración, el diagnóstico, el pronóstico y las indicaciones sobre el tratamiento.

INCIDENCIA: En medicina, el número de casos de una enfermedad durante un período específico.

LABILIDAD: Deficiente estabilidad. La labilidad afectiva se refiere a la inconstancia y los rápidos y sucesivos cambios que ciertos individuos muestran respecto a sus emociones.

MEDICINA PSICOSOMÁTICA: Parte de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades en las que según se cree, los factores emocionales y psicológicos son muy importantes.

NEUROLOGÍA: Rama de la medicina que estudia los padecimientos que afectan al sistema nervioso.

NIVEL NEUROMOTOR: Parte del sistema nervioso central que es responsable de las funciones motrices.

OCITOCICOS: Sustancias que se usan para provocar contracciones más efectivas de la matriz durante el parto.

ORGANICIDAD: Que tiene el carácter de orgánico; que depende de un cambio estructural.

PAIDOPSIQUIATRÍA: Rama de la psiquiatría (y por lo tanto de la medicina) que se ocupa de la psicopatología infantil; es sinónimo de psiquiatría infantil y de la adolescencia.

PATOGENIA: Mecanismo por el cual los agentes causales de las enfermedades actúan para producirlos.

PATOLOGÍA: Parte de la medicina que estudia las enfermedades. También se usa el término para referirse a la misma situación de enfermedad o anormalidad"

PERIPARTO: Tiempo comprendido entre la iniciación del trabajo de parto y la normalización del estado fisiológico de la madre y el niño, una vez terminada la expulsión.

PLACENTA PREVIA: Trastorno del embarazo que consiste en que la placenta tiene una implantación baja en el útero e impide la salida del niño durante el parto, es causa de graves complicaciones.

PSICOPATÍA: Etimológicamente este término "afecciones morbosas del espíritu en general", psicopatía es sinónimo de sociopatía. Se refiere aun cuadro específico que cursa con trastornos caracterológicos y perversiones que parecen constitucionales y que se caracterizan por una conducta permanentemente antisocial.

PSICOTRÓPICO: Toda sustancia que produce un efecto en las funciones psíquicas y/o en la conducta.

SÍNDROME: Conjunto de síntomas que caracterizan un cuadro patológico reconocible. Términos médicos usados en psicopatología para referirse a ciertos cuadros que no constituyen verdaderas "enfermedades".

SINTOMATOLOGÍA: Conjunto de síntomas que ocurren en un caso particular.

TERAPÉUTICA: Que pertenece al tratamiento médico o este mismo.

TOXEMIA DEL EMBARAZO: Síndrome causado por la aparición de albuminuria, además e hipertensión arterial en el embarazado sinónimo: toxemia gravidica.

TOXOPLASMOSIS: Enfermedad causada por la infección en el útero con taxoplasma gondil, micro organismo protozoario que afecta tanto al hombre como a los animales y que puede producir deficiencia mental.

TRAUMA: Literalmente, herida o lesión. En psiquiatría es toda experiencia inesperada que el sujeto es incapaz de asimilar. Por extensión, en psicoanálisis es una experiencia que genera ansiedad y es manejada por el sujeto mediante los "mecanismos de defensa".

BIBLIOGRAFÍA

ARDILLA, Alfredo. Psicología de los procesos complejos. México, Ed. Trillas, 1979, 183 p.

AUZIAS, Marguerite. Los trastornos de la escritura infantil. Barcelona, Ed. Laila, 1978, 126 p.

CROW, L. D. et. al. Conducta adaptada. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1965, 153 p.

CHARLES Nahoum. La entrevista psicológica. Buenos Aires, Ed. Kapelusz, 1961, 169 p.

ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA OCÉANO Volumen 2. Trastornos del Desarrollo. Barcelona, Ed. Océano, 1982.

FREEMAN, Joana. Psicología Básica. México, Ed. Compañía Editorial Continental, 1980, 144 p.

GARCÍA LAGUARDIA, Jorge Mario. Guía de Técnicas de Investigación. 12 ed., México, Ed. Cruz O., 1980, 194p.

GARZA MERCADO, Ario. Manual de técnica de investigación. 3 ed. El colegio de México, 1981, 287 p.

INGLE BY. David. Psiquiatría Crítica. Ed. Crítica, 1982, 268 p.

IRVING D. Harris. Barreras Emocionales contra el aprendizaje. México, Ed. Diana, 1976, 216 p.

KENWELL C. Kephart. El alumno retrasado. 2 ed., Barcelona, Ed. Luis Miracle, 1972, 351 p.

L. S. Slavina. Niños Atrasados indisciplinados. México, Ed. Roca, 1979.234 p.

MIRA Y LÓPEZ, Emilio. El niño que no aprende. 4 ed., Buenos Aires. Ed. Kapelusz, 1972, 119 p.

M. CRUICKSHANK, William. El niño cerebral. México, Ed. Trillas, 1971, 320 p.

NOVAES, María Helena. Psicología de la actividad escolar. Buenos Aires, Ed. Kapelusz 1973, 336 p.

PEOUENÑO LAROUSSE. Diccionario Ilustrado. México, Ed. Larousse, 1970,1623 p.

RECA, Telma. La inadaptación Escolar. 7 ed., Buenos Aires, Ed. El Atenio, 1979, 205 p.

ROGER ULRICH Thomas Stach John Mabry. Volumen 2. Control de la Conducta Humana. 2 ed., México, Ed. Trillas, 1977,559 p.

S. SAAVEDRA. Manual de Técnicas de Investigación Social Rara la Elaboración del Documento Recepcional. México, Ed. Siglo Nuevo, 1980, 155 p.

VELAZCO FERNÁNDEZ, Rafael. El niño hipertinético. México, 2 ed., Ed. Trillas, 1980,131 p.