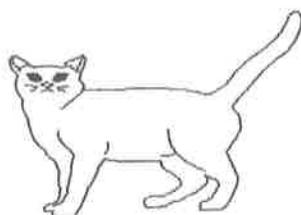




EL NIÑO HIPERQUINETICO EN EL AMBITO EDUCATIVO



SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 14-D



UNIVERSIDAD
PEDAGOGICA
NACIONAL

EL NIÑO HIPERQUINETICO
EN EL
AMBITO EDUCATIVO

MA. DE JESUS LARES GOMEZ
VERONICA ORDOÑEZ RUIZ
MA. GUADALUPE RAMIREZ SANTANA

T E S I S
PRESENTADA PARA
OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN EDUCACION BASICA
CIUDAD GUZMAN, JALISCO 1994

DICTAMEN DEL TRABAJO PARA TITULACION

CIUDAD GUZMAN, JALISCO, A 3 de DICIEMBRE de 1994.

C. PROFR. (A) MA. DE JESUS LARES GOMEZ

PRESENTE:

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Titulación de esta Unidad y como resultado del análisis realizado a su trabajo, intitulado: "EL NIÑO HIPERQUINETICO EN EL AMBITO EDUCATIVO"

, opción TESIS

a propuesta del asesor C. Profr. (a) JESUS FRANCISCO FLORES AGUIRRE

, manifiesto a usted que reúne los requisitos académicos establecidos al respecto por la Institución.

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

ATENTAMENTE



PROFR. Y LIC. JOSE RAMIRO BRISEÑO ALVAREZ

S. PRESIDENTE DE LA COMISION DE TITULACION

Universidad Pedagógica Nacional
CIUDAD DE LA UNIDAD UPN.

CIUDAD DE LA UNIDAD
GUZMAN, JALISCO

DICTAMEN DEL TRABAJO PARA TITULACION

CD. GUZMAN, JALISCO, A 3 de DICIEMBRE de 19 94.

C. PROFR. (A) VERONICA ORDOÑEZ RUIZ

P R E S E N T E :

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Titulación de esta Unidad y como resultado del análisis realizado a su trabajo, intitulado: "EL NIÑO HIPERQUINETICO EN EL AMBITO EDUCATIVO"

, opción TESIS

a propuesta del asesor C. Profr. (a) JESUS FRANCISCO FLORES AGUIRRE

, manifiesto a usted que reúne los requisitos académicos establecidos al respecto por la Institución.

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

ATENTAMENTE



PROFR. Y LIC. JOSE RAMIRO BRISEÑO ALVAREZ

S. E. P.

PRESIDENTE DE LA COMISION DE TITULACION

UNIDAD SEAD 113
CD. GUZMAN, JALISCO
DE LA UNIDAD UPN.

DICTAMEN DEL TRABAJO PARA TITULACION

CD. GUZMAN, JALISCO, A 3 de DICIEMBRE de 1994.

C. PROFR.(A) MA. GUADALUPE RAMIREZ SANTANA

P R E S E N T E :

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Titulación de esta Unidad y como resultado del análisis realizado a su trabajo, intitulado: "EL NIÑO HIPERQUINETICO EN EL AMBITO EDUCATIVO"

, opción TESIS

a propuesta del asesor C. Profr.(a) JESUS FRANCISCO FLORES AGUIRRE

, manifiesto a usted que reúne los requisitos académicos establecidos al respecto por la Institución.

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

A T E N T A M E N T E



S. PROFR. Y LIC. JOSE RAMIRO BRISEÑO ALVAREZ
PRESIDENTE DE LA COMISION DE TITULACION

Universidad Pedagógica Nacional,
UNIDAD DE LA UNIDAD UPN.
CD. GUZMAN, JALISCO

DEDICATORIAS

Con inmenso cariño

A nuestros alumnos de hoy y siempre
que son el principal motivo de nuestra labor magisterial.

Con admiración y respeto a todos los maestros asesores , directivos y personal administrativo, de la Unidad 14-D de la U.P.N. que en todo momento estuvieron dispuestos colaborar con nosotros cuando así lo requerimos.

A nuestra familia y amigos
que nos brindaron su apoyo, y su amistad durante todo este tiempo nuestro más sincero agradecimiento.

I N D I C E

	Página
I. INTRODUCCION _____	10
Justificación _____	12
Objetivos _____	16
II. FUNDAMENTACION TEORICA _____	17
A. Antecedentes _____	17
B. Etiopatogenia y causas externas que originan la hiperquinesis _____	20
C. Sintomatología _____	24
a) Sintomatología, Resumen y Agrupamiento _____	27
D. Conceptos generales de hiperquinesia _____	28
E. Tipos de hiperactividad _____	32
F. Características de los niños hiperquinéticos _____	34
G. Diagnóstico clínico _____	40
a) Escala de Calificación de la Hiperquinesia según Werry, Weiss y Paters _____	47
H. Modelos conceptuales de la educación niños con alteraciones de conducta _____	48
I. Casos ilustrativos de niños hiperquinéticos _____	53

III. FUNDAMENTACION PRACTICA _____	57
A. Perspectivas del tratamiento en alteraciones de la conducta _____	57
B. Como tratar la hiperactividad _____	60
C. Otras terapias para tratar la hiperactividad _____	66
IV. METODOLOGIA DEL TRABAJO _____	68
A. Seguimiento de los casos de los niños de la muestra elegida _____	72
V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS _____	88
A. Gráfica representativa sobre puntuación de la Escala de Hiperquinesia según Werry, Weiss y Paters _____	88
B. Resumen de las respuestas de los niños que comprenden la muestra de estudio _____	89
C. Cuadro de concentración de los niños que mostraron características de hiperactividad en el Primer Año Nivel Primaria _____	90
VI. CONCLUSIONES _____	91

VII. SUGERENCIAS	93
A. Papel de los padres	93
B. Actitud de los maestros	95
C. El ambiente educativo para el niño normal	97
BIBLIOGRAFIA	99
GLOSARIO	101
APENDICE Y ANEXOS	106

I. INTRODUCCION

El interés que nos reunió a elaborar este trabajo fué por la inquietud que existía en nosotras, de encontrar las respuestas a las interrogantes que se nos planteaban en nuestra labor docente acerca del niño "hiperquinético", conocer sobre el origen, causas y síntomas que manifestaban, pero principalmente encontrar alternativas que nos guiaran alguna posible solución a sus problemas.

Con este motivo estructuramos el presente trabajo en varios capítulos que contienen la información que fuimos recopilando y que consideramos de importancia para desarrollar la presente investigación.

En el primer capítulo se exponen las razones que guiaron a elegir el tema así como su justificación, y los objetivos que se pretenden alcanzar. En el segundo capítulo se presentan las consideraciones teóricas e información documental recabada en diversas fuentes, que constituye el soporte teórico de este documento.

El tercer capítulo se refiere a las cuestiones prácticas es decir a 3 TECNICAS DE INTERVENCION TERAPEUTICA 1° estudio de casos de la muestra representativa, 2° diagnóstico y 3era. tratamientos y terapias.

El cuarto capítulo contiene la descripción de las herramientas y los procesos metodológicos que se aplicaron en la captación y análisis de información.

En el quinto capítulo se presentan sistemáticamente los resultados obtenidos en el estudio, expuestos en gráficas y cuadros de concentración.

En el sexto capítulo se presentan las conclusiones que esperamos esclarezcan el problema estudiado y en el último capítulo se hacen las sugerencias a padres de familia y maestros que de igual manera deseamos aporten nuevas alternativas para ayudar y colaborar en la solución del niño hiperquinético.

Justificación.

Importancia Social

Este trabajo justifica su importancia social, ya que los profesores orientamos la formación de los nuevos ciudadanos y en función de nuestra labor y de los instrumentos que utilizamos, pueden ser directamente proporcionales los resultados que se obtengan y más aún cuando nos enfrentamos a sujetos cuyas características intrínsecas (como es el caso del niño hiperquinético) propician dificultades en su vinculación al medio desde su infancia, cuando ingresan al medio escolar y presentan continuos fracasos hasta su edad adulta, repercutiendo en su personalidad así como en el medio familiar, laboral y social.

Si tomamos en cuenta la gran cantidad de niños que se ven afectados por alguna alteración psicopatológica, sin recibir el tratamiento necesario, debido esto al desconocimiento de los padres y maestros respecto de tales "anormalidades", resulta evidente la necesidad de conocer este tipo de "problemas", con el fin de detectarlos y/o, en su caso tratarlos adecuadamente por medio de la terapia que requieran.

"La familia como institución social es determinante en la deficiencia del carácter e identidad del niño, así como los modos de relación con sus semejantes y por ello, tiene un papel

central en la causación de los trastornos afectivos",¹ motivo por el cual buscaremos mantener el contacto familia-escuela.

La inquietud persistente del niño, con o sin "déficit" de atención constituye un problema de la mayor importancia social y familiar, pues hay datos suficientes, de que si no atiende a tiempo a estos niños, ulteriormente, existirá un fuerte pronóstico de que al llegar a la adolescencia y a la juventud manifiesten alteraciones en la conducta, e incluso llegar a manifestar personalidades psicopáticas, por lo que nunca está de más el tener información acerca de estos problemas de como diagnosticarlo y de cuál es su tratamiento.

Importancia Práctica

La consideramos trascendental porque en el aula regular de clases es donde continuamente se presentan las condiciones sintomáticas de un niño hiperquinético como son:

- A) La alteración de la conducta.
- B) Las dificultades del aprendizaje.

- A) La alteración de la conducta.

"La hiperactividad o hiperquinesis es el más importante de

1 Segundo Encuentro de Educación Especial. (Memoria) S.E.P., Jalisco, 1989.

los trastornos de la conducta. No se trata de una inquietud más reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño."² Como en la edad escolar este síntoma es más notorio, frecuentemente son los maestros de enseñanza primaria quienes lo detectan; con mayor razón, si se considera que los niños hiperquinéticos interfieren en la buena marcha del grupo dentro del salón de clases.

B) Las dificultades del aprendizaje:

La falta de control de los estímulos del niño, impide concentrar la atención y obstaculiza éste proceso tan importante para el aprendizaje. De cualquier manera, esto constituye una fuente más de obstáculos para el aprendizaje, y tal vez la principal razón para que el profesor llegue a la errónea conclusión de que el niño hiperquinético es un "deficiente mental".

Por lo que resulta esencial que el maestro esté orientado y se sienta apoyado para adoptar la actitud debida ante estos niños con la finalidad de que logren éxitos, y no fracasos como comúnmente sucede desgastando además emocional y físicamente al maestro, agravándose la situación por la cantidad de niños que se atienden.

² Velasco Fernández, Rafael. El Niño Hiperquinético. p. 29.

Tratar el tema del niño hiperquinético suele ser común entre nosotros los maestros, aún cuando denominamos a éstos niños, con características distintas en el comportamiento al resto de sus compañeros, como "niños problema".

Entre los comentarios que surgen se puede apreciar desconcierto entre los maestros, porque no atinamos a tomar una decisión adecuada a una solución para estos niños; entre los que llegan a sentirse incomprendidos e incluso maltratados.

Estas situaciones involucran a todos los que participamos en el ámbito educativo, maestros, alumnos, padres y autoridades escolares. Por esta razón consideramos importante realizar una investigación que logre responder a las interrogantes que se nos presentan y que coadyuvará a obtener mejores resultados en nuestra labor docente y proporcionar a quien se interese alternativas de solución a este problema.

Objetivos.

- Determinar a quien se considera un niño hiperquinético.
- Analizar en que se diferencian y que aportan las diferentes corrientes en relación a la atención pedagógica del niño hiperquinético.
- Investigar cuales son las principales causas que originan la hiperactividad del niño, provocando sus diversas formas de conducta.
- Determinar si estas causas y/o motivos obedecen a factores de caracter, biológico, hereditario, de tipo psicológico o factores de caracter interpersonal, es decir de tipo social social o familiar, o si de alguna manera existe la combinación de ambos factores.
- Proponer algunas alternativas psico-pedagógicas que auxilien a los maestros que laboran dentro del sistema educativo.
- Dar a conocer en alguna medida información a los padres de familia para que estos a su vez, la utilicen para orientar mejor a sus hijos.
- Conocer el diagnóstico que nos de la pauta a seguir el tratamiento para los niños hiperquinéticos. GENETICO, DINAMICO, CLINICO Y DIFERENCIAL.

II. FUNDAMENTACION TEORICA

A. Antecedentes

El interés en el niño hiperquinético ha surgido en fechas relativamente recientes. En los Estados Unidos las primeras investigaciones sobre características educativas y psicológicas, así como sobre las necesidades de estos niños fueron realizadas en Michigan por los doctores Heinz Werner y Alfredo A. STRAUSS, en 1940.

Juntos hicieron la investigación precursora durante más de una década, a fin de entender mejor cómo comprenden los niños con daño cerebral, cómo ven, oyen, sienten y entienden a su mundo.

Hay que citar los trabajos de Laufer y Denhoff (1957), Bradley (1937) y Birch (1964) entre otros igualmente importantes. Lo cierto es que a partir de las aportaciones de STRAUSS, las investigaciones se han sucedido una tras otra y por tanto contamos hoy con un conocimiento aceptable del problema ya expuesto.

En cuanto a estadísticas existen algunos datos interesantes proporcionados por cientos de autores, por ejemplo:

STEWART y colaboradores (1966) que mencionaban que este síndrome tiene un alto grado de incidencia, pues estiman que un 4% de todos los niños en edad preescolar son HIPERQUINETICOS.

Otros autores dan cifras menores, seguramente porque los criterios empleados en el diagnóstico son más estrictos.

Es probable que alrededor del 1 al 1.5% de los niños que reciben instrucción Primaria exhiban este síndrome con la suficiente claridad como para merecer el diagnóstico seguro.³

Cabe mencionar que varios autores coinciden en que el número de varones que presentan estas manifestaciones conductuales es mayor que el de las niñas y la diferencia ligada al sexo es al parecer grande.

En estudios realizados por Rafael Velasco Fernández en su obra "El niño hiperquinético" pone de manifiesto los resultados obtenidos en sus investigaciones y tratamientos que ha llevado a cabo en algunos casos, hace notar la necesidad de conocer este tipo de problemas con el fin de orientarlos y/o en su defecto tratarlos adecuadamente con las terapias que se requieran.

Durante los últimos años se han dado pasos muy importantes para proporcionar tanto a los maestros como a los padres de familia información sobre como tratar y educar a los niños con daño cerebral. No obstante, aun no son cubiertas todas las necesidades al respecto, y sin duda, queda mucho por hacer todavía.

3 Velasco Fernández, Rafael. Ibid. p. 24.

El doctor William M. Cruickshank que tiene un lugar reconocido en el campo de la psicopatología infantil, especialmente en lo que toca al estudio y la atención del niño y que plantea uno de los problemas educativos más perturbadores de nuestros tiempos ha acumulado una experiencia muy considerable que le ha permitido publicar obras de mayor interés pedagógico.

Actualmente han aparecido algunas publicaciones, tanto en revistas como en periódicos por citar alguno de ellos EL OCCIDENTAL en su sección de salud en artículos seriados semanalmente, haciéndose notorio que este tema está cobrando vigencia e importancia dentro de la sociedad, además se tiene conocimiento que durante los dos últimos años han surgido numerosas obras en inglés dedicadas al niño hiperquinético, la gran mayoría de ellas dirigidas a los maestros y educadores, a los padres de familia y los psicólogos, dándole una importancia relevante, como corresponde a un trastorno de la conducta infantil que afecta de modo tan serio la vida escolar y familiar.

Al estudiar la bibliografía existente, los padres de familia, y los profesores podrán caer en una confusión, puesto que no hay un acuerdo entre profesionales ni siquiera en una cosa tan aparentemente sencilla como la de dar un nombre a estos niños, aparecen aproximadamente 40 términos, cada uno de los cuales difieren ligeramente de los demás, aunque todos designan, esencialmente, al mismo grupo de niños.

Entre los más frecuentes se encuentran los siguientes:

Niño con daño cerebral (algunas veces se agrega el
adjetivo mínimo).

Niño hipercinético.

Niño hiperactivo.

Niño con disfunción.

Niño con problemas especiales de aprendizaje.

Niño hiperquinético.

Disfunción cerebral mínima.

Inmadurez Neurofisiológica.

Niño T.C. (con trastornos de conducta).

Al examinar esta lista de términos profesionales que ni siquiera es completa se entiende el por qué de la confusión, afortunadamente el niño sigue siendo el mismo, sus necesidades, sus problemas y su adaptación potencial a la escuela, al hogar y a la comunidad no cambian.

A lo largo de este trabajo se utilizará el término de NIÑO CON DAÑO CEREBRAL O NIÑO HIPERQUINETICO con la intención de que se empleen los menos posibles y de que sea mayor la preferencia de un solo término.

B. La etiopatogenia

La disfunción cerebral puede producirse a partir de acontecimientos a los que anteriormente se les prestaba poca atención y que ocurren en diferentes momentos, desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento. Es cierto que no siempre la anamnesis más cuidadosa nos aporta

datos que permitan suponer la acción de fenómenos traumatizantes de la estructura cerebral, pero ello no debe hacernos descartar la posibilidad de una disfunción cerebral. Acerca de esto, será bueno recordar que en situaciones de patología severa, como en el caso de parálisis cerebral infantil tampoco es posible encontrar el antecedente traumatizante en todos los casos pues, según cuidadosas investigaciones (Denhoff, E., 1955), 40% del total escapa a esa posibilidad.

Las causas que se mencionan como más frecuentes y según el momento en que actúan, éstas pueden dividirse en: las que afectan al producto mientras permanece en el útero (preparto); las que lo hacen durante el parto (periparto, factores paranatales); y las que afectan al niño después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de vida (postparto).

En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70% a 80% de los casos), en tanto que los prenatales se presentan en 10 a 15% y las restantes actúan ya durante la vida extrauterina.

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

- 1.- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis.
- 2.- Anoxia del producto IN UTERO, producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etcétera.
- 3.- Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias) producida por toxemia del embarazo o de otro origen; por trauma directo, diátesis hemorrágica, etcétera.
- 4.- Exposición excesiva a los rayos X.
- 5.- Disturbios metabólicos, especialmente la DIABETES MELLITUS.
- 6.- Factor Rh, causa de icterisia.

Entre los factores paranatales que actúan durante el parto, citaremos los siguientes:

- 1.- ANOXIA NEONATORUM (Graham, F.K.), producida regularmente en las siguientes situaciones: obstrucción mecánica respiratoria; atelectasias; mal uso de sedantes y anestésicos

administrados a la madre; placenta previa, e hipotención pronunciada.

2.- Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente del fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos (sustancia que se usa para provocar contracciones efectivas de la matriz durante el parto, etcétera).

Entre las causas postnatales se consideran como más frecuentes las siguientes:

1.- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tosferina, el sarampión, la escarlatina y las neumonías; también la encefalitis y la meningitis.

2.- Traumatismos craneanos.

3.- Secuelas debidas a la incompatibilidad del factor Rh.

4.- Neoplasias cerebrales.

5.- Anoxias accidentales pasajeras.

Tales son las causas que hasta ahora se han identificado como responsables de los cambios estructurales, que a su vez son los principales antecedentes causales del síndrome. Un problema aún no resuelto es el del conocimiento de los mecanismos mediante los cuales se produce la sintomatología."⁴

CAUSAS DE FACTOR SOCIAL QUE ORIGINAN LA HIPERQUINESIA

Cada día es más frecuente oír hablar de niños hiperactivos, de los niños que no paran un segundo, que nunca están quietos, que todo el día dan lata.

Sin embargo es fácil entender que hay muchísimas razones que pueden provocar este problema. Voy a enumerar algunas.

4 Velasco Fernández, Rafael. Ibid. pp. 25 y 26.

1.- Los niños no tienen donde jugar, un lugar donde explayarse sin molestar a nadie.

2.- Los espacios reducidos y la convivencia forzada irritan a niños y adultos. (¿ Para quien diseñan los arquitectos ?)

3.- La crisis económica y los problemas existenciales de los adultos afectan y alteran a los niños.

4.- La escuela obliga al niño a estar demasiado tiempo sentado, callado y haciendo planas, esto violenta al sistema nervioso de los niños.

5.- La T.V. incita a la acción al niño y al mismo tiempo le concede solamente el papel de espectador pasivo.

6.- Los aditivos, los colorantes, el exceso de azúcar en los refrescos y la comida -chatarra-, combinados con la sobreexposición a la luz artificial de luces y el televisor, irritan el sistema nervioso de los niños.

7.- Factores orgánicos relacionados con el desarrollo intrauterino, traumas de nacimiento, traumatismos craneanos, etcétera.

8.- Poca o nula estimulación sensorial, afectiva y de lenguaje durante los primeros años de vida. "quiero enfatizar

que los niños aprenden a poner atención durante el primer año de vida, a través del contacto personal, cara a cara, con otro ser humano que les habla, que les platica"⁵

C. Sintomatología

Es posible que ninguno de los síntomas que describiremos a continuación tiene valor patognómico; es decir, que por sí solo asegure el diagnóstico. Pero debemos tener presente que aunque no estamos describiendo una entidad patológica propiamente dicha, es posible, de acuerdo con la observación clínica constituir un verdadero síndrome que corresponda a la situación patológica que llamamos disfunción cerebral mínima.

Se percibe en el niño hiperquinético una inquietud perturbadora, un estado de movilidad casi permanente, que se hace presente desde una muy temprana edad, sin embargo es en la edad escolar cuando se hace más notorio este síntoma debido tal vez, a que estos niños se levantan de su asiento, molestan a sus compañeros, hablan constantemente y aun pueden gritar en los momentos más inadecuados provocando con estas actitudes el desconcierto en su grupo, donde la impresión de que sus actos no sirven a otros propósitos que no sean los de expresar un estímulo interior incontrolable.

5 Barcowits, P. H. El Niño Problema. España, Ed. Paidós, 1964, p. 88.

Hay razones para suponer que el hambre, el dolor, la sed y otros estímulos internos tienen mayor intensidad en el niño hiperquinético y le exigen una satisfacción inmediata. En cuanto a los estímulos externos ofrecen al niño una gran dificultad para establecer una discriminación adecuada, provocando que prácticamente todos ellos tengan el mismo valor. Se comprende lo que esto significa como obstáculo para las tareas del aprendizaje.

La hiperquinesia presenta, además, una característica que conviene tener en cuenta cuando se interroga a los padres. Debido a que se origina principalmente "desde el interior" del niño; es en parte una respuesta al ambiente, y por tanto, se manifiesta permanentemente y en todo lugar. La inquietud que muestran otros niños cuyo problema no es la disfunción cerebral (los que sufren disturbios emocionales de diverso origen, por ejemplo) es casi selectiva, en el sentido de que se manifiesta sólo en los momentos y lugares que la originan o la evocan. El niño hiperquinético del tipo que nos ocupa, es inquieto en el hogar, en la escuela y fuera de ella, aunque, por supuesto, hay situaciones que la exageran y otras que parecen ejercer una influencia benéfica. En general los ambientes que más estimulan a los sentidos incrementan la movilidad, en tanto que los lugares tranquilos, sin ruidos u otros estímulos que, tienden a mejorar la conducta del niño y a disminuir la actividad física de éste.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia. Algunos de los niños que la sufren hablan tanto y muestran gran incapacidad para mantener el foco de su atención durante el discurso, que nos hacen recordar ciertos estados maníacos del adulto en los cuales existe incluso fuga de ideas. Son pues chicos "hablantines" que llegan a irritar a otros niños y especialmente a los adultos. Relacionados también con el síntoma que aquí abordamos, se describen los trastornos del sueño. Denhoff y Robinault dicen, por ejemplo, que a veces la hiperactividad se incrementa durante la noche de tal manera que dificulta la iniciación del sueño, aunque es frecuente que el niño se duerma pronto y despierte unas cuantas horas después. Si esto ocurre, y puede darse el caso de que coexistan las dos formas del trastorno del sueño, el niño ya despierto inicia actividades propias de su hiperquinesia: habla en voz alta, deambula en la casa, pretende ponerse a jugar, etcétera.

El niño puede tener problemas con el control de sus "esfínteres", la impulsividad de éste hace que se le tome como temerario que no mide el peligro, debido a su incapacidad para inhibir sus impulsos, frecuentemente se ve involucrado en conflictos interpersonales, y puede caer en la conducta (antisocial), en realidad puede tomar efectos ajenos; los artículos escolares, dinero de su madre, éstos son los niños eternamente castigados tanto en la escuela como en su hogar, pues actúan a veces con cierto cinismo que exasperan.

La distraibilidad que es antecedente de la conducta imprevisible, la irritabilidad y la agresividad son síntomas que pertenecen a la esfera afectiva.

a).- SINTOMATOLOGIA (RESUMEN Y AGRUPAMIENTO)

I. HIPERQUINESIA:

1. Destructividad.
2. Hiperactividad verbal.
3. Trastornos del sueño.
4. Agresividad.

II. INATENCION:

1. Hiperactividad sensorial.
2. Distracción.

III. IRRITABILIDAD:

1. Conducta impredecible.
2. Baja tolerancia a la frustración: rabietas, "berrinches", "sainetes".

IV. IMPULSIVIDAD:

1. Conducta "antisocial".
2. Enuresis, encopresis.
3. "Temeridad".

V. INCOORDINACION MUSCULAR (DISPRAXIA):

1. Torpeza corporal.

2. Disgrafía.
3. Ineptitud deportiva.
4. Disartria, dislalia.

VI. DISFORIA:

1. Anhedonia.
2. Ansiedad.
3. Deficiente autoestima.

VII. DESOBEDIENCIA PATOLOGICA:

1. Incomprensión de órdenes.
2. Repetición de la falta.
3. Incomprensión del castigo.

VIII. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE:

1. Problemas visomotores, dislexia.
2. Disociación.
3. Inversión del campo visual.
4. Perseveración.
5. Memoria deficiente.
6. Pobreza de la imagen corporal.

D. Conceptos generales de hiperquinesia

Al estar consultando las diferentes fuentes bibliográficas que se nos han presentado y las cuales hemos estado investigando, nos encontramos con una variedad de conceptos y de enfoques diversos que ha continuación se presentan:

El concepto de "HIPERACTIVIDAD" para Grace Graig:

"Tendencia a un alto nivel de actividad acompañada de alguna especie de deterioro de la coordinación, para la Hiperactividad no es sinónimo de problema de aprendizaje"⁶

Myers y D. D. Hamill consideran que algunos niños que presentan dificultades en el aprendizaje es debido a la hiperactividad, definiendo a ésta como:

" Movilidad excesiva, la forma más común de trastorno motor y que se menciona con frecuencia en los informes de las evaluaciones socioeducativas de niños con problemas en el aprendizaje "⁷

William M. Cruickshank considera la hiperactividad como una característica de los niños que presentan incapacidad en el aprendizaje. y define la hiperactividad, así:

"Es la principal y tal vez la más importante barrera que impide una buena adap-

6 Graig, Grace. Desarrollo Pedagógico. México, Ed. Trillas, 1989, p. 88.

7 Myers y D. D. Hamill. Métodos para educar niños con dificultades de aprendizaje. México, Ed. Limusa, 1983, p. 96.

tación, dicha hiperactividad adopta dos formas parecidas . La primera de mayor importancia para el logro escolar es la sensorial, (falta de control de estímulos) la segunda que a menudo provoca en el hogar y en la escuela problemas de conducta.

La hiperactividad sensorial es lo que hace que el niño responda a estímulos poco importantes o impertinentes, tal característica puede ser por una lesión en la corteza cerebral o también puede ser una conducta aprendida que el niño emplea para tener relaciones cordiales con los demás⁸

La hiperactividad motora también llamada desinhibición motora es definida como:

" La incapacidad que tiene el niño de frenar su reacción ante estímulos que producen o incitan una respuesta motora "⁹

D. C. Renshaw denomina a la hiperactividad como:

" El síndrome hiperquinético es una serie de manifestaciones de conducta que forman

8 Cruickshank, William M. El niño con daño cerebral en la sociedad, en el hogar y la comunidad. México, Ed. Trillas, 1973, pp. 53 y 56.

9 Renshaw D. C. El niño hiperactivo. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1991, p. 87.

una entidad clínica de espectro muy amplio desde formas leves a graves "10

Otros autores dan las siguientes definiciones:

" 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 que el niño manifiesta desde muy pequeño "11

Hiperkinesis : " Conducta nerviosa, llena de desasosiego, destructiva, perturbadora y causante de roces con los demás, que el niño no puede controlar "12

Hiperactividad : " Conducta nerviosa y llena de desasosiego que el niño puede controlar pero que constituye un factor de perturbación en situaciones de aprendizaje "13

10 Renshaw D. C. Op. Cit. p. 88.

11 Velasco Fernández, Rafael. Op. Cit. p. 21.

12 Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. México, Ed. Santillana, 1990, p. 326.

13 Giordiano, Luis Héctor. Fundamentos de Dislexia Escolar. México, Ed. Progreso, 1974, p. 76.

En el análisis realizado en las obras de los diferentes autores se deduce que coinciden en que la hiperactividad es consecuencia de una alteración neurológica en mayor o menor grado y cuya etiología es diversa y necesaria.

Es prudente aclarar de nuevo que hemos utilizado el término hiperactivo como sinónimo de hiperquinético e hipercinético debido a que dentro de la literatura investigada se establecen estos tres términos como afines donde no hay diferencia alguna.

E. Tipos de hiperactividad

Hiperactividad secundaria.- Esta provoca déficit cognoscitivo, la lesión interfiere en la capacidad del niño para aprender, por lo común en el campo verbal, el niño entra a la escuela sin problemas de hiperactividad, pero a medida que va aprendiendo esto empieza a frustrarlo ya que empiezan a surgir los problemas emocionales; así se advierte la conducta (del niño normal o casi normal), que parece estar bien adaptado y sólo al entrar a la escuela presenta síntomas de hiperactividad y en otros empieza a manifestarse también en la casa. Pero sólo después que en la escuela han adquirido gravedad éste se caracteriza por actitudes desfavorables hacia la escuela, ésta consiste en una conducta destructiva, más visible en niños que padecen de otras formas de hiperactividad, estos pueden mantenerse quietos si ellos lo desean, por ejemplo: Mientras ven la televisión, característica que no

suele observarse en otros niños hiperactivos, esto puede presentarse como consecuencia de frustraciones ajenas o una incapacidad para el aprendizaje. El niño deficientemente socializado, incapaz de llevarse bien con sus padres, puede desarrollar síntomas similares, y en general tienen antecedentes de conducta no socializada antes de entrar a la escuela.

Hiperactividad sensorial.- Esta puede deberse a una lesión en la corteza cerebral pero también puede tratarse de un tipo de conducta aprendida, que el niño emplea con la esperanza de encontrar de algún modo o en algún lugar un punto de apoyo que le permitan tener relaciones cordiales con los demás o tal vez se encuentren combinadas con, una conducta aprendida y una lesión en la corteza cerebral o en otra parte del sistema nervioso central.

Cuando es neurológico los niños con hiperactividad son incapaces de refrenarse a los estímulos, tengan o no que ver con la actividad en proceso. Al niño lo distrae cualquier movimiento, color, sonido, olor o experiencia rara ocurrida en sus inmediaciones.

Hiperactividad motora.- También conocida como deshinibición motora o conducta hiperquinética. Esta crea una situación de lo más grave para los padres y para los maestros. Es posible predecir ciertos patrones de conducta antisocial por las situaciones que se presentan en el hogar y en la escuela.

Los niños que no pueden controlar su conducta física pronto reciben por parte de las autoridades escolares el calificativo de problemáticos, puesto que no es fácil adaptar su hiperactividad, ese niño se crea pronto cierta reputación antisocial y los demás niños lo rechazan, lo van aislando, ya sea del barrio, de la pandilla o en el mismo patio de recreo pues simplemente no logran comprender su conducta.

La hiperactividad motora es impedimento para que el niño aprenda habilidades motoras finas. Un niño incapaz de controlar su actividad motora pasará malos momentos sedentarios como el escribir, atarse las agujetas, rechazar la comida o aceptarla.

F. Características de los niños hiperquinéticos

" Los niños sensorialmente hiperactivos, por algún impedimento neurológico, no pueden evitar el reaccionar a los estímulos independientemente de que tengan importancia o no para su actividad inmediata. Cualquier movimiento, color o sonido, cualquier olor o hecho inesperado ocurrido en presencia inmediata del niño, podrán distraerlo. No importa que el sonido o el color no estén relacionados con la tarea que esté ejecutando. El niño se ve atraído por el estímulo mismo, e incluso puede olvidarse de lo que originalmente hacía, hasta que el profesor o el padre lo hacen retornar a su tarea. En ocasiones se sustituye el término "hiperactividad" por el de "distraibilidad" en la bibliografía psicológica, en virtud de que los estímulos distraen constantemente al niño y lo llevan

de una situación a otra. Estos estímulos distractores pueden afectar a cualquiera de sus sentidos (la vista, el olfato, el oído, el gusto o el tacto) y pueden ser internos o externos al niño. De este modo, un cinturón apretado o el zumbido de una mosca en el cuarto, pueden ser tan distractores como una sensación epigástrica o una punzada de hambre.

Para explicar un poco mejor lo anterior damos a conocer el siguiente ejemplo:

Suelte por un momento este trabajo y mire a su alrededor en el cuarto donde se encuentra. Observe el gran número de cosas que hay a su alrededor en el cuarto donde se encuentra en este instante, mismas de las que se había "desentendido" mientras leía. Si se encuentra en la sala de su casa, habrá retratos , cortinas estampadas, lámparas, objetos de arte, libros, muebles, tapetes y tal vez un tocadiscos. Si se pone a observar, rápidamente percibirá docenas o quizá cientos de cosas dentro del cuarto, a las que no les había prestado atención: colores, sombras, ángulos, ruidos caseros, movimientos de personas y otras cosas similares. Todas ellas estuvieron allí, mientras leía, pero no eran esenciales para su adaptación a la lectura. Como no venían al caso, las pasaba por alto. Como dicen los psicólogos "se adaptó negativamente a ellas". Esta capacidad de negar, bloquear o adaptarse negativamente a lo inesencial, es una característica de los seres humanos normales. Esta capacidad de desentenderse o de adaptarse negativamente, nos explica cómo muchos adolescentes

memorizan verbos irregulares o fórmulas algebraicas con la radio a todo volumen. Los jóvenes se sorprenden cuando sus padres, que no tardan en no poder soportar el estruendo, les piden un poco de alivio. "Ni siquiera me di cuenta de que estaba conectada la radio", les dicen, asombrados ante la irritación del adulto. Se habían adaptado negativamente a lo que por el momento era un estímulo inesencial. Afortunadamente, la mayoría de la gente es capaz de hacerlo, y pueden enfrentarse a las necesidades normales del curso normal de su vida.

Por otro lado, el niño que sufre un daño cerebral, debido probablemente a la lesión misma, no tiene esa capacidad para desentenderse, o para adaptarse negativamente. Cada estímulo que le llega, es algo a lo que tiene que reaccionar. Así, a la hora de la comida, por ejemplo, su atención se desplaza desde la carne que está tratando de sostener con el tenedor, hasta la pulida superficie del cuchillo que está junto a su plato, o hasta la leche que hay en su vaso; puede distraerle también el parpadeo de la vela que adorna el centro de la mesa, el movimiento de la persona que está a su lado, la forma de los platos, los colores de la comida, el roce de un cuchillo contra el plato, los objetos que se pasan unos a otros y cientos de otros estímulos que en ese momento no son esenciales para el acto de comer. Por todo esto, nunca coge la carne con el tenedor, porque al niño se le ha "olvidado" desde hace tiempo lo que estaba haciendo. Constantemente tiene que recordársele: "come".

El mismo problema se presenta en el salón de clases. Pongamos un ejemplo. Un alumno de segundo año, recibe de su profesor la orden de hacer algunos ejercicios de escritura en su cuaderno. "Empieza aquí", le dice su profesor señalándole con un dedo la parte superior de la página, mientras observa que el alumno fija su vista en el papel. "Primero escribe tu nombre aquí", agrega, mientras le da una palmadita para dirigirse después a otro niño, pero antes de que haya dado tres pasos, ya el alumno habrá dejado caer su lápiz al distraerlo algún sonido producido en el salón. Aún antes de que el profesor regrese hacia él, unos segundos más tarde, el alumno habrá reaccionado al ruido de un sacapuntas, a los colores de docenas de camisas y vestidos que lo rodean, al movimiento del niño que está al otro lado del pasillo, a un anuncio hecho a través del sistema de intercomunicación de la escuela, al vaivén de las hojas movidas por el viento fuera del salón, al movimiento, al estornudo de otro niño, al murmullo producido por el profesor al dirigirse a un tercer alumno, al ruido de pasos de los niños que se dirigen a su salón; puede haberse distraído con la bandera que se encuentra al frente del salón, con los cuadros y objetos que decoran las paredes y con las docenas de tantas cosas que se encuentran allí, que no son esenciales para lo que debe hacer, ¡pero que le han impedido empezar a escribir su nombre en la página! Y no es que se rehuse a cumplir la orden del profesor, que le dijo: "empieza aquí" sino que simplemente no ha podido impedir su reacción a todos los estímulos del medio.

Existen muchos grados de diferencia individual entre los niños que sufren daño cerebral. Algunos solamente muestran características de hiperactividad sensorial; otros, exhiben al mismo tiempo una hiperactividad motriz. En el lenguaje profesional, con frecuencia se designa a la hiperactividad motriz con el nombre de deshinibición motora, que se define a su vez como la incapacidad del niño para evitar una reacción a los estímulos que provocan respuestas de movimiento. De este modo, cualquier cosa que dentro del campo visual del niño y esté al alcance de sus manos, que pueda ser tocado, jalado, torcido, doblado, empujado o volteado, se convierte en estímulo al que tienen que reaccionar algunos niños con daño cerebral. Esta conducta es tan significativa, que con frecuencia se le llama también hiperkinética.

Es fácil comprender por qué los padres dicen a menudo "mi hijo está siempre en estado de alerta". Son niños que parecen estar siempre a punto de reaccionar. Se menean, se retuercen, nunca se les ve en estado de relajación o de reposo. En la escuela, los lápices, los cuadernos y los libros, dejan de ser materiales de aprendizaje para convertirse en estímulos distractores. Cuando se les expone a un ruido extraño o a una situación inesperada, reaccionando exageradamente. Experimentan lo que los psicólogos llaman reacción catastrófica, en la que todo el cuerpo responde a cierta situación de manera totalmente incontrolada, puede ser que el niño no reaccione siempre físicamente, sino que se muestre confuso e inseguro de sí mismo; pero no responde racionalmente. " La conducta de tales

niños puede, entonces, ser inmadura y convertirse en agresiva, verbal o físicamente."¹⁴

Es por eso que, en cuanto a los niños que sufren de hiperactividad motora sus características difieren en cuanto a realizar las tareas motrices más delicadas, puede manifestarse como un niño incapaz de controlar su actividad motora, dedicará poca atención a actividades sedentarias tales como las de escribir, atarse los zapatos, cortar sus alimentos en trozos o comer.

La actividad motora que requieren estas tareas aparentemente simples estimula al niño a ejecutar a otros y diferentes movimientos más. Por ejemplo: tratar de sostenerse en un pie mientras se ata el zapato, puede ser una hazaña más atractiva que la de usar las manos en movimientos más simples y en actitudes más sencillas.

La hiperactividad tiene muchísimos grados, que son la esencia del concepto de las diferencias individuales. Algunos niños, según hemos dicho, son visual o auditivamente hiperactivos a los estímulos extrínsecos. Muestran pocos o ningunos de los síntomas motores que ya discutimos. Otros niños en cambio, muestran, con grados variables de gravedad, la deshinibición motriz de la que hablamos hasta el punto de que

14 Cruickshank, William M. Op. Cit. pág. 23.

los padres buscan la ayuda del médico con la esperanza de que prescriba algún medicamento que permita la convivencia del niño con el resto de la familia.

La hiperactividad, en todas sus formas y niveles, es el mayor obstáculo para la adaptación del niño, tanto en el hogar como en la escuela. Probablemente es la más enervante característica del niño que sufre un daño cerebral.

Por lo que se refiere a las características observadas en el niño hiperquinético Cruickshank, Myers, Hamill, Rafael Velasco, entre otros, concilian en que los más comunes son las siguientes; Distractibilidad, impulsividad, destructibilidad, conducta patológica, no mide peligros, berrinches, poca tolerancia al fracaso escolar, movimientos corporales hiperactivos, incoordinación muscular e hiperactividad verbal, con los cuales a su vez, podemos establecer que son esenciales a investigar en forma clínica por los profesionistas que intervengan en la atención de estos niños.

G. Diagnóstico clínico

Para tratar un problema se debe determinar primero en qué consiste. Es algo que el científico tiene que hacer tanto en el campo de la metalurgia como si se ocupa de un ser humano.

En el libro de Rafael Velasco El niño hiperquinético nos dice que un buen punto de partida es el de considerar algunas

cuestiones prácticas. Un procedimiento de diagnóstico útil y completo será aquel que tenga las mejores respuestas para estas preguntas (Wender Paul):

- a) ¿ Cuáles son los caminos más seguros para obtener información acerca de la conducta del paciente ?
- b) ¿ Qué datos mensurables no conductuales se correlacionan con los patrones de comportamiento correspondientes a la hiperquinesia ?
- c) ¿ Qué tipo de información es el más útil para el plan terapéutico ?

Evidentemente ciertos síntomas y signos predominan en unos cuadros y algunos otros en diferentes pacientes, al grado que puede hablarse de subdivisiones de la hiperquinesis.

Respecto de las preguntas, cabe decir que la función del diagnóstico no debe ser la de proporcionar un membrete, sino más bien la de lograr una evaluación cuidadosa de la sintomatología que permita planear el estudio de caso y, en la medida de lo posible establecer el pronóstico.

Como todos sabemos el ser humano no es el mismo hoy que mañana, ni esta semana el mismo que la semana que vendrá y no tolera que se le trastorne mucho, que se le cause mucha incomodidad ni dolor mientras se le estudia.

Sin embargo es esencial que los maestros y demás profesionales que trabajen con el niño afectado tengan oportunidad de comprenderlo del modo más completo que sea posible, antes de dar comienzo a la educación o a la terapia.

Aunque no siempre es posible dar un diagnóstico exacto del niño, para que éste sea aceptado se necesita de un equipo interdisciplinario en el diagnóstico para recabar los datos fundamentales de tal niño.

Según Rafael Velasco el mejor procedimiento es el que permite establecer un diagnóstico descriptivo y para darlo se utilizarán algunos recursos clínicos viables en los casos en que se sospecha la existencia de la hiperquinesis y que serían los siguientes:

a) La historia clínica es la fuente más importante de datos, permite un diagnóstico de presunción y con frecuencia una definición completa. Los datos que debe llevar dicha historia clínica son los siguientes:

- Antecedentes personales patológicos y no patológicos.
- Historia psicobiológica del niño.
- Sintomatología actual.
- Exploración psiquiátrica.
- Exploración física, sobre todo la neurológica.

b) Examen neurológico, éste se hace para descubrir anormalidades en el sistema nervioso central y que a su vez

repercute en: el lenguaje, coordinación motora, percepción, diferenciación derecha izquierda y coordinación visomotora.

Para detectarlo se necesitan aplicar las pruebas que se describen a continuación:

1.- Prueba dedo nariz. Consiste en que el niño toque con el dedo índice alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador.

2.- Una prueba destinada a valorar la habilidad para mover los globos oculares es la siguiente: estando niño y examinador, frente a frente le ordena a aquel que siga exclusivamente con los ojos un objeto, generalmente una pluma, que el médico mueve en diferentes sentidos. El niño que sufre disfunción cerebral muestra dificultades para hacerlo con éxito y tiende a mover la cabeza para seguir el objeto.

3.- La prueba de tocamiento simultáneo sirve para poner en evidencia la incapacidad de estos pacientes para diferenciar dos estímulos táctiles cuando se le aplican al mismo tiempo en la piel.

4.- Se denomina simultagnosia (Leland, E. Hinsie y Campbell, Robert) a la dificultad para describir la acción representada en un cuadro. Quien la sufre puede nombrar los objetos que ve pero no es capaz de describir las acciones que realizan.

5.- La deambulaci3n es la de hacer caminar al ni1o con las puntas o los talones de los pies, pedirle que camine por una l3nea tocando con el tal3n de un pie la punta del otro, hacerlo caminar sobre un riel, etc.

6.- Grafestesia es en la que regularmente los niños en edad escolar son capaces de acertar cuando se les pide que identifiquen la letra que en su espalda hemos trazado con nuestro dedo índice.

7.- La prueba de vestirse y desvestirse pueden aportar datos acerca de la incoordinación, tanto de los movimientos gruesos (ponerse y quitarse un sweater por ejemplo) como de las más finas (abotonarse, atarse los cordones de los zapatos, etc.).

8.- Otra prueba útil es la que consiste en ordenar al niño que se sienta al frente del examinador y flexione una pierna para que su talón toque la rodilla contraria y resbale por toda la tibia hasta el suelo.

9.- Movimiento de "pianista" es cuando se pide al niño que extienda los brazos hacia adelante con las palmas de las manos vueltas hacia abajo mientras mantiene los ojos cerrados, pueden observarse discretos movimientos coreiformes y accesorios.

10.- Se denomina sinquinesia al hecho de que al intentar un movimiento más o menos complicado con un miembro, se produzcan movimientos parecidos en el miembro opuesto.

11.- La adiadococinesia o dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos, es un síntoma que con frecuencia se presentan en los casos de disfunción cerebral. Se puede investigar pidiéndole al niño que ejecute diversos movimientos y en diferentes posiciones, pero una vez ya realizadas por el experimentador. Normalmente casi todos los niños mayores de 5 a 6 años pueden hacerlo exitosamente.

12.- Estereognosia es la facultad que se tiene de percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpamos pese a no verlos.

13.- Los movimientos de la lengua deben investigarse dando órdenes sencillas y mostrando primero la forma de hacerlos. Pidiéndole que trate de llegar con la punta de la lengua a la nariz, la barbilla y ambas comisuras labiales.

Estas y otras pruebas deben hacerse; llevan poco tiempo y tienen un valor adicional, pero siempre se deben de hacer como si se tratara de un juego.

c) Electroencefalograma.- Se hace una aclaración que este estudio no hace el diagnóstico, sino que se espera a su resultado para confirmar el diagnóstico. En ocasiones nos proporcionará datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro.

d) Pruebas psicológicas. Estas sirven para obtener el cociente intelectual y para valorar las deficiencias que con mayor frecuencia se encuentran cuando existe disfunción cerebral. Por tal motivo se utilizan preferentemente los siguientes test:

- El test de matrices progresivas de Raven.
- El test de Goodenough.
- El test gestáltico visomotor de Bender.
- El test de desarrollo de la percepción visual.
- La prueba de la retención visual.

Werry, Weiss y Paters (1969), que son los autores más interesados en la hiperquinesia, han dado a conocer una escala de calificación que merece ser incluida en este capítulo de diagnóstico.

Escala de calificación de la hiperquinesia según Werry, Weiss, Paters.

En el hogar (durante la comida):

	nunca	algo	mucho
1.- Sube y baja de las sillas	0	1	2
2.- Interrumpe la comida sin razón	0	1	2
3.- Se mueve en su asiento	0	1	2
4.- Juega nerviosamente con objetos	0	1	2
5.- Habla excesivamente	0	1	2

En el hogar (mientras ve televisión):

6.- Se levanta y se sienta	0	1	2
7.- Balancea el cuerpo	0	1	2
8.- Juega con objetos	0	1	2
9.- Habla incesantemente	0	1	2
10.- Interrumpe a los demás	0	1	2

En el hogar (durante el juego):

11.- Muestra agresividad	0	1	2
12.- No se mantiene quieto	0	1	2
13.- Cambia de actividad constantemente	0	1	2
14.- Busca la atención de los padres	0	1	2
15.- Habla excesivamente	0	1	2
16.- Interfiere con el juego de otros	0	1	2
17.- No mide el peligro	0	1	2
18.- Muestra impulsividad	0	1	2
19.- Muestra perseverancia	0	1	2

En el hogar (durante el sueño):

20.- Dificultades para iniciar el sueño	0	1	2
21.- Sueño insuficiente	0	1	2
22.- Muestra inquietud mientras duerme	0	1	2

Fuera del hogar (no en la escuela):

23.- Inquietud en los vehiculos	0	1	2
24.- Inquietud durante las compras	0	1	2
25.- Inquietud en la iglesia y/o cine	0	1	2
26.- Inquietud durante las visitas	0	1	2
27.- Desobediencia constante	0	1	2

En la escuela:

28.- No se concentra en el trabajo	0	1	2
29.- Molesta a los compañeros	0	1	2
30.- No permanece quieto en su asiento	0	1	2

Cualquier puntuación superior a los 15 puede considerarse significativa.

H. Modelos conceptuales de la educación de niños con alteraciones de conducta.

El como auxiliar a estos chicos con alteraciones en la conducta ha sido una dificultad tan complicada como la de saber por que la padecen.

Hasta hace poco, se pensaba que los psicoterapeutas, por lo general psiquiatras, psicoanalistas, o psicólogos clínicos, eran quienes mejor preparados estaban (sino es que los únicos) para atender a los niños con trastornos de conducta. Afortunadamente hoy en día muchos psicoterapeutas reconocen que también los maestros están capacitados para brindar atención al

niño, la estrategia consiste: En saber de qué manera los maestros podrían auxiliar mejor.

Existen una serie de modelos conceptuales (es decir conjuntos de suposiciones en cuanto a la naturaleza del problema, cómo se originó y cómo puede atenderse) que pueden utilizarse para trabajar con los niños a quienes nos referimos en la presente investigación.

Pero ante todo debe quedar claro que para ayudar con más eficacia al "niño hiperquinético" uno debe tener los pies en la tierra y guiarse por los resultados de las investigaciones.

Modelo psicoanalítico.

Este se basa en los planteamientos de Freud y otros psicoanalistas, es de mayor interés para psicoterapeutas y trabajadores sociales.

Este modelo tiende a recomendar un aula permisiva, donde el niño pueda con toda libertad ahondar en sus problemas o expresarlos. Dos puntos son de gran importancia: a) una aptitud de aceptación por parte del maestro hacia los sentimientos del chico, y b) una comprensión de la motivación inconsciente de la conducta de éste. No se puede decir mucho acerca de este modelo ya que existe muy poca investigación empírica que demuestre su eficacia.

Modelo psicoeducativo.

Este modelo implica una combinación de conceptos psicológicos y educativos, abarca nociones psicoanalíticas relativas a la motivación inconsciente y de preponderancia a la relación entre el profesor y el alumno. El interés por la "conducta superficial" (lo que hacen los niños) y el progreso académico, enfatiza la importancia de hablar con los chicos y lograr que analicen a fondo sus problemas. Casi toda la enseñanza de este modelo tienen lugar a través de proyectos y artes creativas. Aunque al parecer el enfoque psicoeducativo es mucho más lógico que el psicoanalítico, presenta la misma falla: son pocos o inexistentes los datos de apoyo provenientes de estudios empíricos. Algunas técnicas psicoeducativas ayudan a los niños a aprender estrategias para manejar sus problemas, similares a las técnicas conocidas como la modificación de la conducta cognoscitiva. Y este último tipo de modificación sí cuenta con el respaldo de datos provenientes de investigaciones científicas.

Modelo humanístico.

Para describir este modelo con frecuencia se emplean términos tales como "no autoritario", "autodirigido", "autovalorativo", "afectiva", "abierto" o "personal" . Este modelo proviene de la psicología humanística y de la creación de escuelas activas, escuelas alternativas y otras tendencias no tradicionales de fines de los años sesenta y principio de

los setenta. Estas aproximaciones representan un intento por poner más atención al aspecto afectivo de la educación, y por que los chicos participen más en su propia educación. La opinión de los autores de la presente obra, los educadores humanísticos hicieron grandes aportaciones a la sociedad al poner de relieve qué se siente aprender, triunfar, fracasar, ser un alumno, ser un maestro en otras palabras qué se siente ser humano. Desafortunadamente los partidarios de este modelo muy a menudo parecen conformarse con solo crear un ambiente educativo no tradicional, sin preocuparse por constatar qué tan eficaz es para ayudar a los niños a mejorar su aprendizaje y conducta académicas.

Modelo ecológico.

Muchos conceptos de este modelo se adaptaron de investigaciones en ecología biológica y psicológica. Según él, cada niño se encuentra inmerso en un complejo sistema social. Se debe considerar este sistema en su totalidad, no únicamente al chico aislado. Por esto los educadores se interesan por el niño en el aula, en la familia, en el vecindario, y en todos los otros aspectos del ambiente social. El valor de este modelo reside en las tácticas específicas que ofrece para la enseñanza o control de la conducta, sino en el enfoque o estrategia general para atender los problemas del chico.

Por ejemplo, para enseñar y educar el niño se puede recurrir a tácticas de modificación de conductas, pero utilizar

también una estrategia ecológica que abarca tanto a la familia de aquél. Aparte de ser eminentemente sensible el enfoque ecológico también tiene el apoyo de la investigación.

Modelo conductista.

El modelo conductista incluye estas ideas fundamentales: a) la conducta puede observarse y medirse directa y confiablemente; b) los excesos y déficit conductuales son los que constituyen el problema, no los sentimientos subyacentes o inconscientes; y c) la conducta está en función de sus consecuencias y, por tanto, puede modificarse al cambiar éstas. La solución es enseñarles nuevas conductas que sean adecuadas. En aulas que funcionan con base en un modelo conductista, se obtienen resultados conductuales específicos, recurriendo a técnicas específicas de enseñanzas y de manejo. En opinión de los autores de este libro, este modelo es el más útil por dos razones:

a) de todos los modelos, el que cuenta con mayor respaldo en cuanto a investigación científica;

b) es compatible con ciertos aspectos de otros modelos, que son razonables y tienen base en investigaciones. Se puede hablar significativamente con los niños acerca de su conducta (modelo psicoeducativo), interesarse por sus sentimientos e individualidad (modelo humanístico), enfocar todos los aspectos de su ambiente social (modelo ecológico), sin dejar de ser un

buen conductista. Sin el modelo conductista como base, los componentes de los otros modelos carecen relativamente de significado.

I. Casos ilustrativos de niños hiperquinéticos

El siguiente caso se tomó de la obra *Modificación de Conducta en la Educación Especial, Diagnóstico y Programas*, de Edgar Galindo.

"Hubo un caso de un niño de 8 años de edad que manifestaba hiperactividad en la cual no había recibido ningún tratamiento, sus síntomas eran los siguientes:

Dentro de su casa se movía constantemente y hacía berrinches a menudo, cosa que afectaba a toda la familia, se le hicieron unas pruebas de diagnóstico y los resultados fueron los siguientes: atención 100%, imitación 20%, seguimiento de instrucciones 25%, conductas motoras gruesas 70%, conducta motora fina 90%, ecoicas 0%, táctico 0%, intraverbales 0%, discriminación de colores 0%, textuales 0%, se observó que durante las pruebas el niño se levantaba frecuentemente de su asiento, las conductas que se manifestaron con mayor frecuencia fueron: meterse objetos a la boca, balancearse, rascarse en la cabeza, caminar alrededor del patio. Después del diagnóstico se decidieron a aplicar un programa para eliminar la hiperactividad, al niño se le reforzó con cereales en el cual se redujo el grado de hiperactividad, otros autores con dulces,

lograron también eliminar ciertas conductas que el niño presentaba."¹⁵

15 Galindo, Edgar. Modificación de la Conducta en la Educación Especial. México, Ed. Trillas, 1980, p. 215.

Caso ilustrativo de hiperactividad motora o desinhibición motora.

"Definida como la incapacidad que tiene el niño en refrenar su reacción ante estímulos que producen o incitan a una respuesta motora, es todo aquello que se encuentra a su alcance de modo que pueda tocar, empujar, torcer, doblar, etc. (También se le considera a estas actitudes "hiperquinesis")".¹⁶

Pedro que dentro de su hogar se levanta a las 5:05 de la mañana, que a las 5:08 llega a la cocina, a las 5:09 ha sacado las ollas de las alacenas y a las 5:11 ya esta mezclando en el piso la harina y el azúcar, a las 5:20 sin darse cuenta vuelca una mesita de aquél y la lámpara cae contra el piso, con ello despierta a todos los miembros de la familia, que al momento bajan al primer piso, dándose así inicio otro día de tensiones, castigos y frustraciones.

Los padres de Pedro observan que su hijo no es capaz de descansar o de relajarse.

El comportamiento de Pedro dentro del jardín de niños, es catastrófico, ya que el niño cuenta con material que sirve como auxiliar para el aprendizaje del niño y estos materiales se vuelven elementos motores para Pedro que distraen e impiden

16 Cruickshank, William M. Op. cit. pág. 33.

aprender, se trata del niño que cuando está expuesto a un ruido agudo o a una situación inesperada, parecen romperse en pedazos, en la que todo el cuerpo puede reaccionar descontroladamente a la situación, no siempre se trata de una reacción física, pues el niño puede mostrarse confundido o inseguro; pero eso si Pedro no responde racionalmente, es por esto que la conducta de Pedro se vuelve inmadura y esto hace que responda en algunas veces agresivo ya sea de un modo verbal o físico.

Caso de hiperactividad sensorial.

Hiperactividad sensorial.- Que es la de mayor importancia para el logro escolar.

Dentro de un salón de clases de 3° la maestra le pide a bobby que haga un ejercicio de caligrafía con su pluma "comienza aquí" se dice poniendo el índice en la primera hoja, notando que Bobby mira en dirección al papel, pasa la maestra al siguiente niño, pero apenas ha dado dos pasos cuando Bobby suelta la pluma pues lo distrajo un libro que alguien dejó caer en otro lugar del salón, después el estornudo de un niño, los colores de las camisas y vestidos de sus compañeros, un anuncio que surge del altavoz, a las hojas de los árboles, los movimientos que hace su compañero de a lado, los susurros de la maestra, etc. y no es que el niño se rehuse cumplir la petición de la maestra, si no es que simplemente que no puede evitar reaccionar a los estímulos innecesarios surgidos en su medio circundante. Esto interrumpe el aprendizaje de Bobby, aunque a él le gustaría no hacerles caso a todos estos distractores, es incapaz de evitarlos.¹⁷

17 Cruickshank, William M. Op. Cit. pág. 56.

III. FUNDAMENTACION PRACTICA

A. Perspectivas del tratamiento en alteraciones de la conducta

Para apoyar la concepción que se tiene acerca de las teorías que se han presentado en este trabajo, consideramos conveniente hacer una especie de recapitulación, que nos proporcione una idea más precisa con respecto a los enfoques con que se han sido analizadas, en un afán de integrar todos los aspectos que deben ser tomados en cuenta, cuando se tratan los problemas del niño hiperquinético.

Estas formulaciones preliminares que no obstante es frecuente, que ejerzan un fuerte influjo, sobre la manera de percibir y organizar el fenómeno de la conducta anormal y que de alguna manera reflejan los criterios más aceptables para estudiar los problemas de conducta dado que reúnen las principales áreas que esclarecerán los diferentes puntos de vista que cada disciplina adopta para explicar la conducta hiperquinética.

Resulta pues muy interesante que en su metáfora básica por ejemplo la hiperactividad en el área médica sea una enfermedad, para la psicología represente un conflicto intrapsíquico, mientras que desde el área sociológica es considerada como una desviación o violación de normas y que dentro de aprendizaje se relacione con la falta de control sobre los estímulos.

En el cuadro No. I se muestran estas formulaciones en forma más detallada.

CUADRO I FORMULACIONES PRELIMINARES SOBRE LA CONDUCTA.

	Psicología	Médica	Basada en el aprendizaje	Social
METAFORA BASICA	Conflicto intrapsíquico	Enfermedad	Aprendizaje	Desviación, violación de normas
EFFECTOS SUBORDINADOS	Ego, superego, angustia, defensa	Nosología, etiología, síntoma, síndrome, pronóstico	Estímulo, respuesta, refuerzo, condicionamiento clásico y operante	Normas, violación de normas, curso, estigma
FACTORES CAUSALES	Conflictos intra-psíquicos	Orgánicos, bioquímicos genéticos	Refuerzo; condicionamiento clásico y operante	Factores diversos: orgánicos, psíquicos, sociales; clasificación
DESCRIPCION DE LA CONDUCTA ANORMAL	Defensa y angustia	Síntomas, síndromes, trastornos	Conducta inadaptada, desvalidez	La conducta como una anomalía; se subraya la reacción del público
TECNICAS DE INTERVENCION TERAPEUTICA	Psicoanálisis	Tratamiento médico; fármacos, tratamiento por choque, métodos quirúrgicos	Terapia de la conducta sensibilización, modelado	Reformas de las instituciones, salud mental para la comunidad

Fuente: Interpretación de los autores.

Dichas proposiciones a su vez nos ofrecen diferentes niveles de análisis.

Las disciplinas científicas pueden ordenarse sobre un continuo integrado por niveles moleculares y morales de análisis, que incluye las más dispares, física, química, biológica, psicológica, etc.

Sin embargo los niveles que más se ajustan a nuestro estudio son el biológico, intrapsíquico, interpersonal y el sociológico. El primero designa los fenómenos fisiológicos y genéticos del individuo. El segundo indica los fenómenos intrapsíquicos.

El nivel interpersonal se refiere a todo lo que acontece entre personas y el nivel sociológico denota los hechos que se dan entre el individuo y las instituciones.

Entre estos niveles se establece una cierta relación que enlaza a cada uno de ellos, puesto que rara vez se describe la conducta anormal únicamente en términos de un solo nivel de análisis.

El siguiente esquema muestra los niveles antes mencionados.

		PERSPECTIVAS	MEDICA	PSICOANALITICA	APRENDIZAJE	SOCIAL
N I V E L E S	A	BIOLOGICO	}	}	}	}
	D	INTRAPERSONAL				
	E	INTERPERSONAL				
	L					
	S	SOCIOLOGICO				

Para explicar esta situación he aquí un ejemplo; La perspectiva médica tiene por metáfora básica el concepto de enfermedad, el cual es una noción biológica; sus factores etiológicos suelen ser de carácter genético, bioquímico o fisiológico.

En este contexto se verá que la explicación completa no procede de un solo nivel, sino que requiere de observaciones adoptadas por varios de ellos.

B. Como tratar la hiperactividad

Tratamientos.

El niño hiperactivo que tiene disfunción cerebral mínima puede ser tratado con algunos estimulantes entre los que se encuentran los siguientes.

Las anfetaminas, metilfedinato, cafeína y pelomina ya que estos producen una franca disminución de la actividad física, una dilatación de los períodos de atención, mejoría en las actividades visomotoras, disminución de la irritabilidad, esto por supuesto no cura completamente esta disfunción cerebral, pero si facilita y mejora las relaciones interpersonales del niño y favorece la aceptación de los demás en virtud de la disminución de la agresividad cuando la hay. Los estimulantes cuando actúan favorablemente, constituyen un claro ejemplo de la utilidad de los psicofármacos aunque éstos no modifican los factores del

problema presente, además las dosis que se les den, deben ser individualizadas desde el punto de vista metabólico, ya que cada paciente es único esto debe advertírseles a los padres que pueden tener efectos secundarios, pero hay algunos padres que los utilizan inconscientemente o conscientemente para así poder controlar a su hijo a su conveniencia o con propósito sádico.

Existen tres formas en las que se aplican los fármacos en la práctica de la psiquiatría infantil.

1.- Cuando los medicamentos constituyen el aspecto central del tratamiento. Por ejemplo: Crisis situacionales en las que el niño manifiesta angustia, agresividad o alguna otra alteración emocional.

2.- Psicoterapia más consejos psicológicos.- En este caso la psicoterapia de apoyo coadyuva al éxito del tratamiento en tanto que los medicamentos modifican la angustia o estados depresivos.

3.- Psicoterapia con medicamentos.- Lo fundamental es la acción del psicoterapeuta, y el control de los síntomas resulta secundario pero puede haber cambios favorables en la capacidad de atención, impulsividad, memoria, y la conducta en general.

Tratamientos psicológicos.

El tratamiento del niño que sufre disfunción cerebral se ve completamente favorecido con el manejo psicológico tanto de él como de sus padres.

Debido a que la mayoría de los padres se responsabilizan de los problemas de conducta de los hijos, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suelen generarse, se les debe explicar el mal funcionamiento del sistema nervioso del niño.

Muchos padres se resisten al uso de medicamentos ya que consideran que no es necesario, debido a que el origen del trastorno es orgánico e irremediable el mal.

Otras de las indicaciones es que los padres deben adoptar ciertas actitudes hacia el niño para así poder ayudarlo a superar el problema.

En caso de las terapias destinadas al manejo de diversos problemas emocionales es siempre útil conocer con cierta profundidad la situación de las relaciones interpersonales dentro del hogar del niño, la atención de conocer esto es para que se efectúen cambios favorables en donde sea posible mejorar las relaciones familiares.

Los consejos que han de darse y que de alguna manera forman parte de la psicoterapia administrada a los padres y al niño mismo tiene como base el reconocimiento de hechos involucrados en el síndrome de disfunción cerebral. El niño sufre más por su ímpetu y por su incapacidad de ver todo que por cualquier otro de sus síntomas, debido esto principalmente a dos hechos fundamentales, pierde amigos, se le margina de su grupo de

compañeros y se conduce de tal manera que parece que invita a sus padres a que lo castiguen con frecuencia. Su conducta descrita por padres de familia y maestros es definida como antisocial, extraña y estúpida.

En su obra Careth nos señala una serie muy importante de recomendaciones para los padres las cuales se enumeran a continuación.

La rutina.- Es esto indispensable para sentar las bases de un cambio favorable en la conducta del niño. Una vida de orden y calma es conveniente; sólo en casos excepcionales se deben alterar los horarios establecidos para la hora de levantarse, las comidas, las tareas escolares, el juego, ver la T.V. y para ir a dormir. El niño cumplirá todas las actividades a horas debidamente establecidas según las necesidades del hogar.

El cambio frecuente y caprichoso de las normas que regulan la vida hogareña del niño contribuyen en gran parte a la intensificación de toda la sintomatología, por lo tanto la consistencia, es recomendable como medida positiva es decir:

A) Sin cambios de actitud por parte de los adultos, no dejarse llevar fácilmente por los estados de ánimo.

B) Mantener una consistencia congruente entre la disposición que establece tanto el padre como la madre, resulta algo muy malo el cambiar de una prohibición a un permiso según el humor momentáneo de quien ejerce la autoridad porque ello desorienta al infante.

Un frecuente error familiar consiste en que mientras que uno de los padres castiga al niño el otro mientras tanto permite y estimula la conducta negativa esto debe evitarse además que debe establecerse una jerarquización de las faltas a las reglas fijadas en el hogar. Muchos padres debido al exceso de confusión fallan al castigar, lo que es trivial lo castigan con severidad y lo que es grave lo perdonan fácilmente, las órdenes e instrucciones deben darse de una sola vez y de forma directa.

Cuando al niño se le da una orden como, a lavarse las manos, no debe utilizarse un tono agresivo ni dictatorial, no importa que juguete escoja éste para divertirse debemos darle libertad para que él escoja su juguete o juego que más prefiera en ese momento. Más sin embargo no podrá escoger entre bañarse y jugar ya que cuando su madre o padre le ordenen hacerlo, los padres le ayudarán procurando darles ciertas órdenes y haciéndoles encargos sobre acciones que ellos puedan cumplir con éxito.

Los castigos físicos en los niños hiperactivos son completamente contradictorios y contraindicados, se ha dicho que la conducta de éstos es un desafío constante a la severidad y el equilibrio de los padres. Los golpes sólo siembran más agresividad, excitación y culpa. Si se quiere que el niño abandone un comportamiento que nos irrita, la técnica más operante consiste en aislar al niño en un cuarto (No en el baño, ni closet) hasta que haya recuperado su autocontrol. Este castigo se recomienda en los berrinches y los actos agresivos aunque no debe seguirse un forcejeo que conduzca al niño a disculparse o a

prometer no volver a hacerlo una vez pasado el momento, el niño debe ser recibido con aceptación, haciéndole ver que él mismo pudo regresar de un mal estado de ánimo, sin más referencias a la conducta que motivó al castigo.

Las técnicas de la recompensa material por parte de los padres tampoco ofrecen buenas ventajas, y más que nada sólo proporciona al adulto una salida fácil sin involucrarlo en un compromiso a fondo en la relación emocional con su hijo.

El niño que sufre de disfunción cerebral sabe que algo está mal y necesita estar seguro de que sus padres se interesan por su situación. La recompensa material no ayuda grandemente en los problemas de tipo emocional pero si logra un aceptable éxito al mejorar la conducta del niño hiperactivo en situaciones específicas.

Tratamiento pedagógico.

El salón de clases es donde afloran más fácilmente los dos más grandes síntomas.

- 1).- Los que afectan la conducta del niño.
- 2).- Los que producen dificultades del aprendizaje.

Aún tratándose de los niños que sus cambios de comportamiento no sean graves en el hogar, en el salón de clases se manifiestan con severidad (distraen y provocan a los demás,

no permanecen en un sitio durante las explicaciones, no terminan su trabajo, no ponen atención suficiente). El mejor consejo que se le puede dar al profesor es el de ignorar las faltas que no sean graves y resaltar cuando ocurra la conducta cooperativa y obediente, además que la aplicación de recompensas y castigos de sentido común no son útiles en los niños hiperactivos. Del mismo modo que los castigos severos son más efectivos cuando se aplican con menos frecuencia, o sea que se debe recurrir a ellos en ciertos casos muy especiales solamente.

Según algunos autores el síndrome de disfunción cerebral tiene un grado índice de incidencias de un 4% aproximadamente en los niños en edad preescolar la disfunción cerebral con predominio de las manifestaciones conductuales afecta en mayor grado a los varones, las cifras más aceptables denotan una diferencia de 3 y 4 varones por cada niña que sufre este padecimiento.

C. Otras terapias para tratar la hiperactividad

Se pueden dar dos tipos de tratamientos también a los niños hiperactivos. El de farmacoterapia y el educacional o familiar.

Dentro de la farmacoterapia, al niño hiperactivo se le proporciona un medicamento llamado ritalina el cual tiene la función específica de disminuir al umbral de su sensibilidad, logrando así controlar el comportamiento impulsivo. La ritalina debe dársele en porciones cuidadosamente controladas y al mismo

tiempo el niño debe recibir lecciones muy estructuradas. (Samuel Kupertz y colegas 1980)

El tratamiento educacional o familiar, consiste en estructurar adecuadamente el ambiente del niño, simplificándolo, reduciendo las distracciones. Se recurre a varias tareas que requieran determinadas habilidades perceptuales o pruebas diagnósticas para identificar las deficiencias perceptuales que presente el niño, en el programa preparado por Ross (1977) este autor se centra mas en la adquisición de la atención y otras destrezas generales.

Otras opiniones al respecto como por ejemplo Feingold Holboraw, pediatra de San Francisco, Elkins y Berry 1981 dicen que se puede mejorar la conducta de éstos niños mediante una dieta alimenticia que excluye todos los alimentos y medicamentos que contengan conservadores y saborizantes artificiales y colorantes, así como un tipo de sal denominada salicilato, esta sal elimina elementos básicos de la dieta del niño: helados, repostería, carnes frías y refrescos, así como ciertas verduras y frutas (melocotones, uvas, pasas y tomates) Feingold afirma que entre un 30 y 50% de los niños hiperactivos a quienes han tratado con este régimen de alimentación han mostrado una mejoría significativa los investigadores se encuentran ante un gran dilema en apoyar este tratamiento ideado por Feingold o cancelarlo ya que lo consideran demasiado simplista y popular para un problema de tanta complejidad.

IV. METODOLOGIA DEL TRABAJO

En lo que respecta a la metodología utilizada para llevar a cabo este trabajo, la estructuramos de la siguiente manera; en primer lugar, elaboramos una agenda con las fechas en que nos reuniríamos dado que los centros de trabajo de los que formamos el equipo se encuentran bastante alejados; de esta manera en nuestro cronograma de actividades se acordó asistir a partir del mes de febrero de 1994 (fecha en que nos fue entregado y aprobado nuestro proyecto de investigación) cada 15 días, para analizar e ir recabando el material que necesitábamos.

En primera instancia, con fin de conocer cuanta información se tiene respecto del tema de la hiperquinesis, procedimos a elaborar unas entrevistas directas a compañeros de primaria que contenía las siguientes cuestiones.

- ¿ Qué entiendes por hiperactividad ?
- ¿ Tienes en tu grupo niños hiperactivos ?
- ¿ Cuáles son las posibles causas que motivan la aparición de la hiperactividad ?
- ¿ Qué características has observado en estos niños hiperactivos ?
- ¿ Creés que el ambiente escolar influye en un niño hiperactivo y de qué manera ?
- ¿ Qué tratamientos les has dado a los niños hiperactivos ?

- ¿ Cómo influye la hiperactividad en el aprendizaje de manera positiva o negativa ?

Al analizar las respuestas confirmamos que es un tema del cual se tiene poca información, y que, sin embargo, existía la inquietud de saber algo más acerca de él en los maestros entrevistados.

El siguiente paso consistió en adquirir la bibliografía, sugerida principalmente por el asesor que nos fue asignado, además de que personalmente nos facilitó gran parte de los libros requeridos, conseguimos también folletos, documentos, revistas, periódicos y bibliografía especializada, por medio de diferentes fuentes, entre ellas, algunas personas que se interesaron entre nuestro proyecto nos proporcionaron algunas revistas que contenían artículos referentes al tema investigado.

Para organizar dicho material, elaboramos fichas de trabajo, principalmente del tipo textual y mixta, y fichas bibliográficas.

En base a esta actividad y con el fin de aprovechar al máximo las fichas y notas las ordenamos y clasificamos de acuerdo al esquema de trabajo previamente presentado siguiendo la pauta adecuada, de comparación, sección, ordenamiento y análisis crítico.

Procedimos a la elaboración de un fichero. Cabe señalar que la investigación documental fue continua durante todo el trabajo,

pues conforme avanzamos requerimos de nuevas fuentes bibliográficas que enriquecieran nuestra investigación.

Posteriormente, a indicación de nuestro asesor, que es un especialista en la materia, seleccionamos una muestra de 10 niños en las escuelas en que desempeñamos nuestra labor docente; niños que reunían características exteriores de hiperquinesis, es decir, a nuestra consideración, niños con déficit de inquietud, agresivos y con una marcada movilidad dentro del grupo. A estos pequeños se les aplicó, en primera instancia, el test gestáltico visomotor de Laureta Bender que definiría el grado de daño cerebral del niño, a la vez que constituía un instrumento de diagnóstico; un recurso mas en este campo fue la escala de hiperquinesis de Werry, Weiss, Paters.

Se fijó un período, durante el cual se observaría el comportamiento en el aula de todos y cada uno de los niños de la muestra, el cual se registraría al menos la actividad de un día completo de labores docentes.

Para complementar este proceso se llevó a cabo una ficha individual de cada niño con datos proporcionados a través de una encuesta aplicada a los padres de familia o familiares responsables de él, donde se consignaba profesión u ocupación y nivel de escolaridad alcanzado por los padres, posición del niño dentro del grupo de los hermanos, disponibilidad de obtener ayuda escolar en su casa, tipo de vivienda, etc.

Y como parte medular en la investigación realizada se registraron una serie de datos respecto a la historia clínica de el niño, recopilados por medio de un formato de diagnóstico, labor que nos fue facilitada gracias a la directa colaboración del maestro asesor que canalizó estos datos, a especialistas, psicólogos y médicos, que junto con él nos dieron un diagnóstico clínico que sería indispensable para encarar el plan de recuperación del infante.

En la última etapa, captamos los resultados en algunas gráficas y cuadros de concentración para finalizar con la redacción del presente trabajo.

A. Seguimiento de casos de los niños de la muestra elegida

NOMBRE: JOSE BENJAMIN GONZALEZ ISAIS.

SEXO: Masculino.

EDAD: 11 años.

MADRE: María Dolores Isaís.

PADRE: Benjamín González.

José Benjamín ingresó a la escuela primaria en septiembre de 1992 no logrando ser acreditado en ese año ya que no aprendió a leer por el desinterés que siempre mostraba en la clase y aparte de su constante inasistencia, por lo que volvió a repetir año durante el período escolar 1993-94.

Benjamín dentro del salón de clase siempre se encuentra inquieto y además habla demasiado, como queriendo llamar la atención de todos sus compañeros, nunca se mantiene quieto cuando está trabajando, no se concentra en lo que está haciendo pues siempre está platicando o si no cantando, pronto se olvida del trabajo encomendado.

Dentro del marco familiar Benjamín se muestra de igual manera, inquieto, su papá es una persona muy callada y demuestra bastante desinterés por la educación de sus hijos al igual que la madre, ella es una persona con características muy especiales, extrovertida porque no le interesa nada en concreto.

Las siguientes son algunas de las características presentadas.

- Es inquieto en clases.
- Se la pasa platicando.
- Se levanta constantemente de su asiento.
- Interrumpe por lo regular las clases.
- No se concentra en su trabajo.
- Molesta a sus compañeros.
- Sus participaciones son incoherentes, cuando se trata de hablar.
- Mentiroso cuando le conviene.
- Algo desobediente en el hogar y la escuela.
- Se distrae constantemente.
- Algunas veces toma las cosas que no le pertenecen.

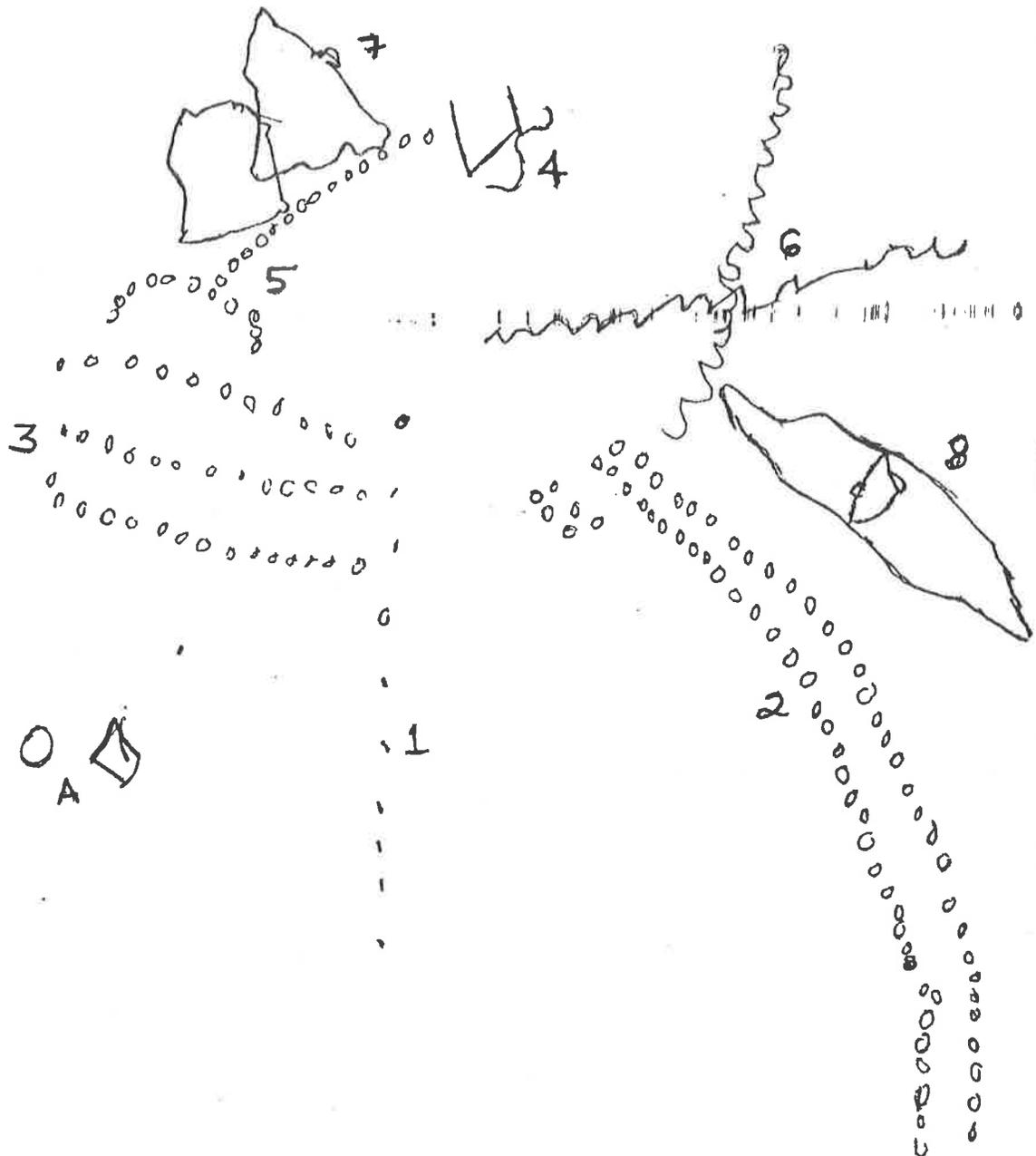
Para diagnosticar que tipo de problema presentaba se le aplicaron diferentes test y escalas. Al aplicar la escala de calificación de la hiperquinesia según Werry, Weiss, Paters se obtuvo la puntuación de 35 puntos por lo que según estos autores ya es significativo y se aplicó el Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender en la cual se obtuvo la siguiente impresión diagnóstica;

Es bien marcada la Disfunción Cerebral en donde se manifiesta la pobreza del impulso y la fragmentación de las figuras, permiten ver que la lesión se dio en el prenatal por alguna deficiencia de orden metabólico, las mismas respuestas médicas y la modificación o sustitución, nos permiten observar una tendencia a la regresión y deterioro en cuanto al patrón

visomotor. El aspecto psicomotor es clave para la rehabilitación en el niño.

De acuerdo a los tipos de hiperactividad sensorial y motora.

Por presentar una marcada Disfunción Cerebral se recomienda visitar a personas especializadas para que se le dé el tratamiento adecuado. Además se sugiere tratamientos psicológicos para el niño y los padres ya que en este tipo de problema en que se encuentra Benjamín se vería completamente favorecido con el manejo psicológico, especialmente platicar con los padres para que se responsabilicen de los problemas de conducta de sus hijos.



NOMBRE : José Benjamín González Isaís.

EDAD : 11 años, 2 meses.

SEXO : Masculino.

FECHA DE APLICACION : 17 de mayo de 1994.

DURACION : 13 minutos.

SINTOMATOLOGIA BASICA : Inquieto, hablantín, distraído, desobediente, impulsivo, destructivo y dificultad para el aprendizaje.

NOMBRE: Patricia Márquez de la Torre.

SEXO: Femenino.

EDAD: 6 años.

MADRE: María de Jesús de la Torre.

PADRE: Carmelo Márquez.

Patricia ingresó a la escuela primaria en septiembre de 1993, demuestra una gran deficiencia para el estudio.

Patricia no presenta ningún problema en cuanto a conducta, siempre está callada dentro del salón, cuando habla lo hace muy despacio que no se le escucha, muy tímida y siempre está asustada.

En el ambiente familiar dice su mamá que es grosera, pelea con todas sus hermanas y no se está quieta un momento, es una familia algo numerosa pues cuenta con 11 miembros ocupando ella el 5° lugar de los hijos. El papá las hace trabajar en las labores del campo, en ocasiones las golpea y siempre esta gritando por lo cual Patricia siempre se encuentra algo temerosa. Ella siempre dice que "quiere ser como su mamá" y frecuentemente dice mentiras fantásticas sobre espantos.

Las siguientes son algunas de las características más frecuentes en ella.

- Retraída en clases.
- Lenta para realizar sus actividades escolares.
- Mentirosa cuando le conviene.

- Desobediente en el hogar.
- No se concentra en el trabajo.
- Se mueve demasiado en su asiento.
- En el hogar muestra agresividad.
- Tiene miedo a dormir sola.
- Miedo a la obscuridad.

Al aplicar la escala de calificación de hiperquinesia según Werry, Weiss, Paters, se obtuvo 22 puntos por lo que ya se considera significativa y al aplicar el Test Gestáltico Visomotor se obtiene la siguiente impresión diagnóstica.

Se manifiesta un deterioro psicoafectivo en las relaciones familiares en su totalidad la fig. A, la número 2 y la número 8 nos da el reflejo de una desarticulación total por querer estrechar vínculos familiares. En los fondos y contornos se manifiesta probablemente el dominio de la figura materna, la cual hace a la niña adoptar una conducta a la defensiva mostrándola como demasiado agresiva y procurando ser rescatada por la figura materna en el afán de imitarla y protegerla, esto es una identificación simbiótica que refleja los estados de ansiedad por el temor conjunto a la figura paterna y el enorme miedo a ser abandonada al mismo tiempo, tanto ella como su madre por el padre, temor que se tiene que ver reflejado en el desarrollo escolar, en cuanto a la sexualidad hay una identificación donde se corre el riesgo de autoafirmarse en el género que le corresponde, probablemente en la fig. número 5, la consigna fue confusa sino de otra forma mostraría a pesar de lo anterior una

enorme dependencia de la masculinidad en todo su potencial; la misma desatención que se dá en el núcleo familiar hace que la niña tienda a no cumplir con las tareas escolares ya que la misma no presenta una alteración severa del orden neurológico aunque si tiende a reducir espacio en el fondo, y abajo no es otra cosa que manifestar no tener el apoyo que demandan pero que pueden recuperar con ejercicios del orden psicomotor de lateralidades y ordenación de figuras en espacios delimitados.

De acuerdo a las características presentadas llegamos a la conclusión de que la alumna presenta de acuerdo a lo descrito en el marco teórico un tipo de hiperactividad secundaria, pues como ya se explicó ésta provoca un déficit cognoscitivo la cual interfiere en la capacidad del niño para aprender y son capaces de quedarse quietos si ellos lo desean, características que no suele observarse en otros niños hiperquinéticos.

En este tipo de problema se recomienda primeramente hablar con el padre de familia para que este adopte ciertas actitudes hacia la niña y así poder ayudarle a superar su problema, que cambie de actitud para con sus hijos y no dejarse llevar fácilmente por los estados de ánimo ya que los golpes sólo siembran más agresividad, excitación y culpa.

NOMBRE: Carlos Enrique Carrizales Vargas.

SEXO: Masculino.

EDAD: 6 años.

MADRE: María Eduwiges Vargas Ibarra.

PADRE: J. Jesús Carrizales Huerta.

Carlos Enrique ingresó a la escuela primaria en septiembre de 1993 en el grupo A.

Carlos es un niño demasiado inquieto en el salón de clases además habla demasiado, termina pronto sus trabajos y al parecer obedece a la maestra pero por un momento, no se mantiene quieto cuando trabaja, pues siempre está distraído, pronto se olvida del trabajo encomendado.

Dentro del marco familiar Carlos Enrique se muestra de la misma manera, inquieto, el padre no vive con ellos pues se encuentra privado de su libertad desde hace 5 años, aquí se muestra grosero, esto se debe a la falta de afecto por parte de su padre, al igual que la madre ya que ella estudia y trabaja, se encuentra tutelado por la abuela materna.

Las siguientes son algunas de las características que presenta:

- No se encuentra quieto ni un momento.
- Se levanta constantemente de su asiento.
- Interrumpe por lo regular las clases.
- Platica mucho.

- Es agresivo.
- No se concentra en el trabajo.
- Molesta a sus compañeros.
- Algo desobediente en el hogar y la escuela.
- Se distrae constantemente.

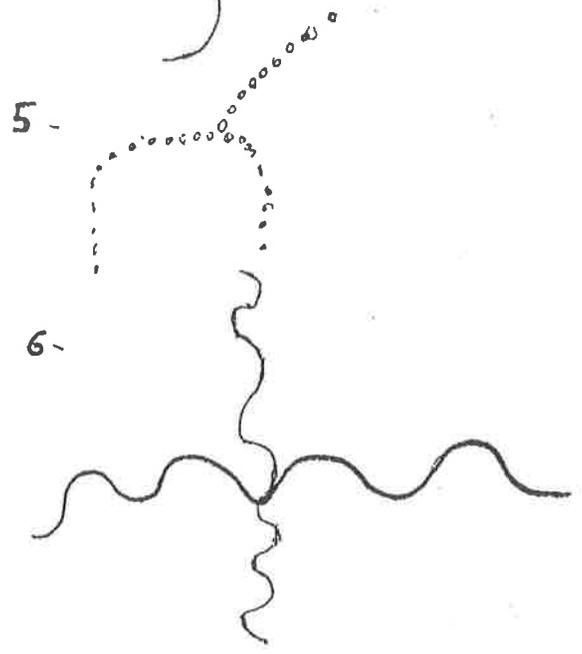
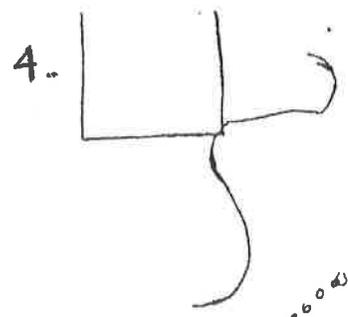
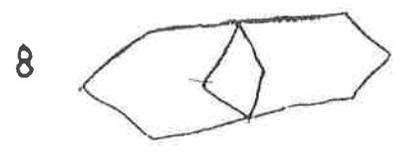
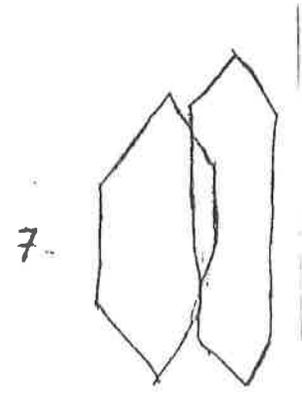
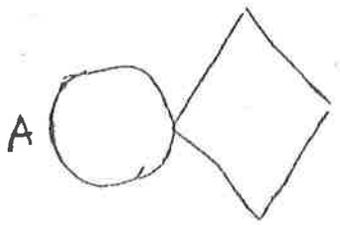
Para diagnosticar que tipo de problema presentaba se le aplicaron diferentes test y escalas. Al aplicar la escala de calificación de la hiperquinesia según Werry, Weiss, Paters, se obtuvo la puntuación de 39 puntos por lo que según algunos autores ya es significativo, además se aplicó el Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender en el cual se obtuvo la siguiente impresión diagnóstica:

Es de los que se tendrán que promover o canalizar a contenidos más significativos que los regulares en virtud que lo que puede ocurrir en estos niños es que son memoristas y al tratar de retener en exageración hacer que fácil se olvide lo aprendido, la atmósfera familiar no es satisfactoria.

De acuerdo a los tipos de hiperactividad existentes Carlos Enrique presenta una combinación de hiperactividad sensorial y motora esto se debe a la falta de cariño y comprensión por parte de sus padres así como por el abandono en que se encuentra.

Este niño podrá ser tratado con algunos estimulantes a través de tratamientos psicológicos, pedagógicos y psiquiátricos.

El tratamiento del niño que sufre disfunción cerebral se puede complementar favorablemente con el manejo psicológico tanto de él como de sus padres.



NOMBRE : Carlos Enrique Carrizales Vargas.
 EDAD : 6 años, 6 meses.
 SEXO : Masculino.
 FECHA DE APLICACION : 14 de abril de 1994.
 DURACION : 20 minutos.

SINTOMATOLOGIA BASICA : Desobediencia patológica, inquieto, hablantín, inatención, rebeldía.

NOMBRE: María Esther Sánchez Villaseñor.

SEXO: Femenino.

EDAD: 6 años

MADRE: María Villaseñor.

PADRE: Juan José Sánchez.

María Esther inició su primer año en septiembre de 1993 en el grupo de 1° A.

Esther dentro del salón de clases se encuentra inquieta, además habla demasiado y algunas veces trata de llamar la atención de todos en especial la de la maestra, no se concentra en lo que hace pues siempre está distraída, pronto se olvida del trabajo encomendado.

Dentro del marco familiar Esther se comporta de la misma manera sólo que en su casa es desobediente e impulsiva, nerviosa por la falta de atención y afecto por parte de sus padres, pues estos están alejados de ella, el padre por ser militar no les manda dinero, la madre tiene que trabajar, permanece todo el día sola con sus hermanos.

Características de hiperactividad que se observaron en ella son las siguientes:

- Es inquieta en clases.
- Se levanta constantemente de su asiento.
- No se concentra en el trabajo.
- Molesta a sus compañeros.

- Habla demasiado.
- Es impulsiva.
- Desobedece a la maestra y miembros de la familia.

Para diagnosticar que tipo de problema presentaba se le aplicó un test y una escala. Al aplicar la escala de calificación de la hiperquinesia según Werry, Weiss, Paters, se obtuvo la puntuación de 34 puntos por lo que algunos autores es significativo, además se aplicó el Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender en el cual se obtuvo la siguiente impresión diagnóstica:

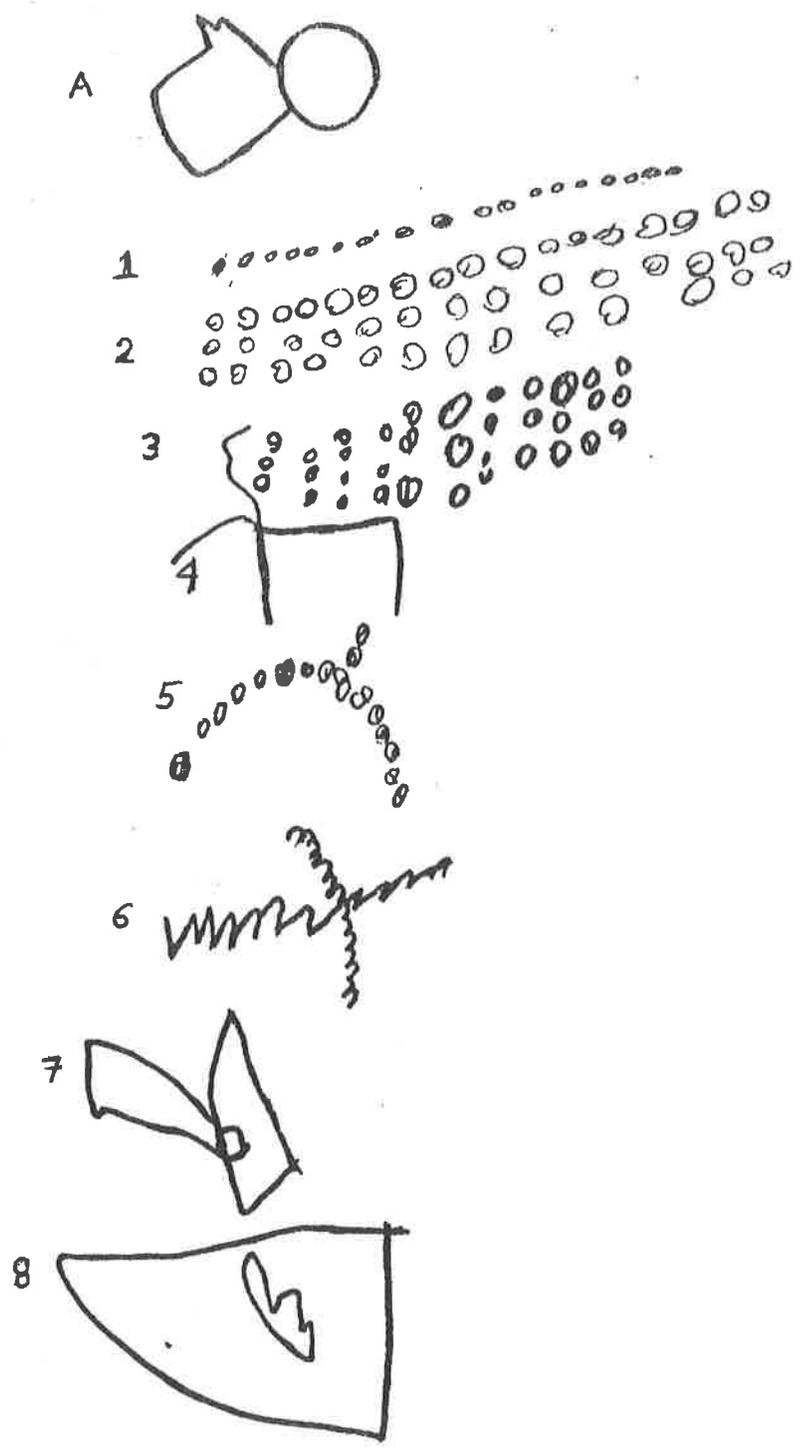
Esta niña es muy dada a somatizar situaciones conflictivas o sea que no es capaz de manifestar sus síntomas a la ansiedad de manera abierta quizá por la rigidez en trato con la figura de autoridad paterna las figuras A, 7 y 8 son manifiestas.

Va a presentar dificultades para la realización de síntesis por problemas en la percepción, en virtud de que la gestalt está disociada y tendrá dificultad de control de los estímulos por la mala orientación de la figura sobre el fondo (perturbaciones neurológicas).

De acuerdo a los tipos de hiperactividad existentes Esther presenta la hiperactividad sensorial combinada con la hiperactividad motora.

Esta niña podrá ser tratada con algunos estimulantes a través de tratamientos psicológicos, pedagógicos y psiquiátricos.

El tratamiento del niño que sufre disfunción cerebral se puede complementar favorablemente con el manejo psicológico tanto de él como de sus padres, puesto que estos tienen que responsabilizarse de la conducta de los hijos así como de su estudio y demostrarle a Esther que se preocupan por su bienestar.

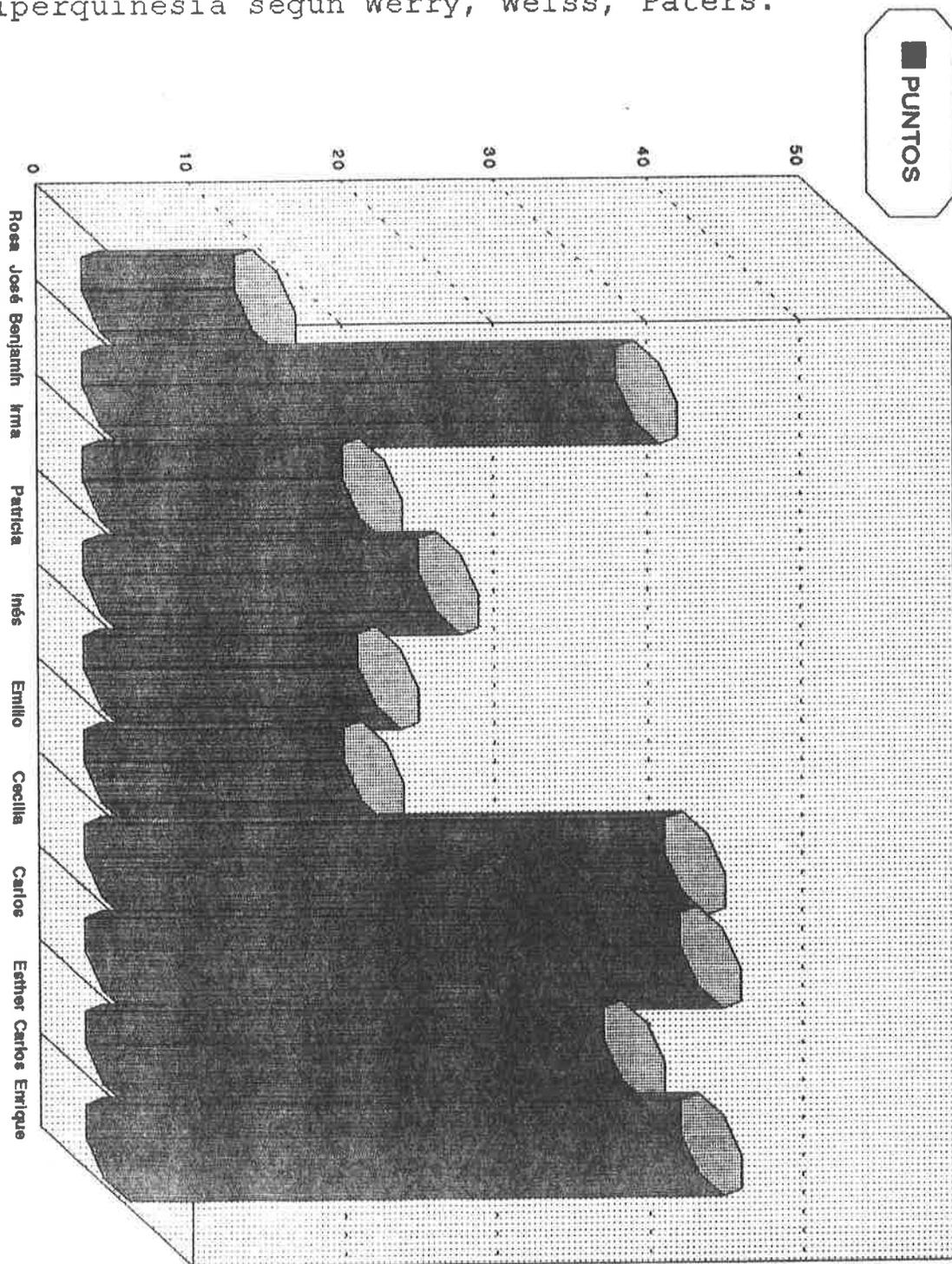


NOMBRE : Ma. Esther Sánchez Villaseñor.
SEXO : Femenino.
FECHA DE APLICACION : 13 de abril de 1994.
DURACION : 15 minutos.

SINTOMATOLOGIA BASICA : Inquieta, distraída, agresiva y dificultad para el aprendizaje.

V. PRESENTACION DE RESULTADOS

A. Gráfica representativa sobre puntuación de la escala de hiperquinesia según Werry, Weiss, Paters.



B. Resumen de las respuestas de los niños que comprenden la muestra de estudio.

NOMBRES	FIG.A	FIG.1	FIG.2	FIG.3	FIG.4	FIG. 5	FIG.6	FIG.7	FIG.8
ANA ROSA									
JOSE BENJAMIN *									
IRMA									
PATRICIA *									
INES									
EMILIO									
CECILIA *									
CARLOS *									
ESTHER *									
CARLOS ENRIQUE *									

* Niños con diagnóstico de hiperquinesis.

VI. CONCLUSIONES

- El niño hiperquinético manifiesta conductas tales como agresividad, inatención, falta de control de los estímulos, entre otras características propias de esta síndrome, no sólo en la escuela, sino en el hogar y fuera de él.
- Las causas que originan la hiperquinesis puede producirse durante las etapas prenatal, perinatal y postnatal, en estos, la consecuencia es un daño cerebral.
- La hiperactividad para su estudio puede clasificarse en hiperactividad secundaria, sensorial o motora.
- No existe una sola corriente que explique y fundamente los problemas de conducta hiperquinética sino que cada una de las siguientes disciplinas, la médica, la psicológica, social y pedagógica aportan diferentes perspectivas de acuerdo a su área. Sin embargo todas ellas se relacionan a través de los niveles de análisis, puesto que se requiere de las observaciones de todas ellas para integrarse en un fin común.

Estos niveles de análisis son el biológico que se refiere a los fenómenos fisiológicos y genéticos del individuo, el intrapersonal que indica la situación interna psicológica, el interpersonal en lo que se refiere a las relaciones personales y

por último el sociológico que designa las relaciones del individuo y las instituciones.

Para realizar el diagnóstico clínico es necesario la participación de un equipo interdisciplinario para garantizar que a raíz de este se tomen las medidas convenientes para su recuperación posterior. Y no caer en el error de dar un diagnóstico equivocado que en lugar de beneficiar perjudique al niño.

El niño hiperquinético no es en realidad un retrasado mental como en ocasiones se le llega a etiquetar por algunos maestros, su afección no influye en su aspecto cognoscitivo, repercute, sí, en cuanto a que su conducta no es la más indicada dentro de la escuela, pero una vez lograda su rehabilitación el niño puede integrarse sin mayor problema al ámbito escolar.

VII. SUGERENCIAS

A. Papel de los padres

Los padres desempeñan un papel importante en la vida del niño hiperquinético, su papel puede resultar difícil, principalmente si hay otros niños en la familia. "Los padres tendrán que ser intérpretes concienzudos, pacientes del niño afectado ante otros padres, ante dirigentes de los grupos de acción social, y a veces, aun ante el propio personal de la escuela."¹⁸ Nunca se debe aislar al niño hiperquinético de los demás pues éste debe tener experiencias de éxito con sus amigos, no obstante su hiperactividad lo pondrán a menudo en conflicto físico con los otros niños, aunque en realidad su intención haya sido muy inocente, además el niño que nos ocupa por su coordinación motora es casi siempre el último que se elige para cualquier tipo de juego.

El padre tendrá que ser buen juez para determinar qué hacer cuando se presentan los problemas con los demás niños. Primeramente lo que se tiene que hacer es apartar al niño del juego y de los demás personas, esto es por algún tiempo y encauzar sus energías hacia actividades en su propio patio y hogar.

¹⁸ Cruickshank, William M. El niño con daño cerebral en la sociedad, en el hogar y la comunidad. México, Ed. Trillas, 1973, pág. 136.

Los padres tendrán que observar al niño para averiguar la cantidad de estímulos y la clase de situaciones que puede tolerar, esto es por ejemplo, si se va a tener una fiesta se le debe anunciar un día antes cuando mucho o el mismo día ya que esto evitaría que el niño se llene de preocupaciones e ilusiones, en tal fiesta no debe de participar más de uno o dos amigos y a su vez deben de ser breves. Este ejemplo puede clasificarse como "situaciones nuevas" las cuales crean mucha tensión y los padres tienen que comprender a fin se mantengan en lo mínimo.

"Los padres podrán ayudar también a sus hijos si pueden adelantarse a los acontecimientos y estimar su influjo en el niño impedido."

Lo ayudarán también si pueden interpretar su conducta con las demás personas, para obtener así una mayor comprensión y convencerlos de que los padres se dan cuenta de los problemas del niño y se están esforzando por resolverlos.

El papel desempeñado por los padres no es fácil, sin embargo, puede estar lleno de interés y de recompensas, especialmente cuando el niño comienza a aprender, mejora su conquista una mayor aceptación social. Así pues, la reducción de los estímulos es el primer elemento de un amplio plan para la educación en el hogar y en la escuela de estos niños.

B. Actitud de los maestros

Los maestros deben desempeñar su labor educativa en la enseñanza y sujetarse a la incapacidad del niño que padece daño cerebral. Es este un procedimiento ligeramente diferente del que se utiliza con otro tipo de niños incapacitados.

Los problemas a que se enfrentan los maestros y padres de familia al tratar con los niños que padecen sólo incapacidades físicas, y esta distinción puede dar lugar a confusión.

Lo que se necesita es que al niño le permitan ajustarse al mundo normal y que los maestros modifiquen el ambiente para satisfacer las necesidades del niño con daño cerebral.

Esta modificación será necesaria durante todo el tiempo que se requiera para que este tipo de niños aprendan a hacer frente a las demandas de la sociedad.

Nosotros como maestros debemos ajustarnos a la enseñanza a la incapacidad, tenemos que trazar programas que tomen en consideración esa incapacidad. No debemos de perder de vista la naturaleza del impedimento del niño o sus concomitancias para los ajustes del ambiente.

Los padres y maestros que no estén familiarizados con este tipo de ambiente que hemos descrito se preguntan a menudo si no resulta deprimente para el niño.

Bastará decir que los maestros tienen que ser personas pacientes, que se den por satisfechos con adelantos relativamente pequeños. Deben apreciar un pequeño adelanto como si fuese el precursor posible de otros adelantos mayores.

El maestro debe ser flexible, capaz de aceptar lo excepcional, tanto en conducta como en lenguaje.

Tampoco ha de ser la persona que se escandalice fácilmente, debe sentirse cómodo con la estructura, debe ser capaz de establecer limitaciones y mantenerlas hasta que el niño entienda que no son vallas que se oponen a su avance sino que son esenciales para su bienestar.

El maestro de esta clase de niños tiene que poseer un espíritu creador y ser apto para mantener una actitud experimental. Asimismo debe sentirse lo suficientemente seguro como para emprender una retirada rápida si los materiales de su enseñanza resultan demasiado avanzados para el niño y debe ser capaz de llevar a efecto esta retirada sin amenazar a la criatura o hacerle sentir que ha fracasado.

Los maestros que poseen estas aptitudes y han recibido preparación especializada para este trabajo, pasan a convertirse en una de las influencias más importantes en la vida de muchos de estos niños.

C. El ambiente educativo para el niño normal

Para que se comprendan mejor las necesidades educativas del niño hiperquinético es necesario saber qué constituye un buen ambiente educativo para los niños normales. En casi todas las escuelas modernas, los salones de clases para los niños son lugares maravillosos y llenos de interés. Los buenos maestros se esfuerzan para lograr que sus aulas resulten lugares interesantes en que los alumnos contarán con incentivos para aprender.

El Ambiente Educativo para el niño con daño cerebral: La Escuela.

El niño normal puede aceptar la clase de cualquier ambiente educativo, ya que tiene la capacidad de hacer caso omiso, o de "integrarse" negativamente a todas aquellas cosas presentes. Sabemos que al final del día hasta los niños normales se vuelven menos capaces de aprender que lo que eran al principio del día cuando estaban descansados.

Se dice que "el mejor salón para niños normales, será pésima aula para el niño con daño cerebral", pues las necesidades de los grupos de niños son completamente opuestas.

Uno de los principales requisitos para crear un buen ambiente para el niño hiperquinético es el de reducir al mínimo los estímulos, también el de buscar la manera de cómo reducir los ruidos producidos en el salón de clases. Estas son algunas de las

maneras de modificar el ambiente a fin de atender las necesidades del pequeño, ya que tiene necesidades muy concretas y nosotros como educadores debemos de vigilar las necesidades de los individuos y ver lo que necesita cada uno de ellos, esto es ajustar la enseñanza a la incapacidad. No quiere decir que el niño hiperquinético siempre requiera el vacío de estímulos, lo necesitará únicamente durante un tiempo hasta que al niño se sienta seguro y confiado en sí mismo.

Debe ser un ambiente en el cual se le ofrezca al niño mayor oportunidad de ver, de comprender y de realizar experiencias de aprendizaje, a partir del material que se le ofrece.

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

ALBARRAN, Agustín Antonio.- Diccionario Pedagógico. 3a. Edición, México, Siglo Nuevo Editores S.A. 1 980,203 p.

AZCOAGA, J. E., et. al. Alteraciones del Aprendizaje Escolar. España, Edit. Paidós Ibérica S.A. 1985, 281 p.

BENDER, Laureta.- Test Guestáltico Visomotor (B.G.). 11a. edición, México, Edit. Paidós Mexicana S.A. 1993, 260 p.

BERCOWITZ, P. H. El Niño Problema. España, Ed. Paidós, 1984, 184 p.

CRUICKSHANK, William M. El niño con daño cerebral en la sociedad, en el hogar y la comunidad. México, Edit. Trillas, 1973, 326 p.

Cuarto Encuentro de Educación Especial. (Memoria). S.E.P. Jalisco, 2, 3 y 4 de mayo de 1991, 116 p.

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Vol. I, II y IV, México, Ed. Santillana, 1990, 516 p.

Diccionario de la Lengua Española. 19a. edición, Madrid, Ed. Espasa-Calpe S.A. 1978, 1424 p.

GALINDO, Edgar. Modificación de la Conducta en la Educación Especial. México, Ed. Trillas, 1980, 357 p.

GARCIA, Ramón. Pelayo y Gross.- Pequeño Larousse Ilustrado. México, Ediciones Larousse, 1990, 320 p.

GIORDIANO, Luis Héctor. Fundamentos de Dislexia Escolar. México, Ed. Progreso, 1974, 137 p.

GOLDEN, CH. J. Y Anderson S. - Problemas de Aprendizaje y Disfunción Cerebral. Argentina, Edit. Paidós, 1981, 187 p.

GRAIG, Grace. Desarrollo Pedagógico. México, Ed. Trillas, 1989, 192 p.

JAMES, R. Patton, et. al. Casos de Educación Especial. México, Edit. Limusa, 1991, 308 p.

MYERS y D. D. Hamill. Métodos para educar niños con dificultades de aprendizaje. México, Edit. Limusa, 1983, 464 p.

OCCIDENTAL no. 18766, Guadalajara, Sección Salud, 5 y 12 de Junio de 1994.

QUESNEL, Lucía .- Los niños que se portan mal en la escuela. Colección de Documentos de Investigación Educativa. México , S. Ed. 1988, 161 p.

RENSHAW, D. C. El Niño Hiperactivo. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1991, 136 p.

RIBES Iñesta, Emilio. Técnicas de Modificación de Conducta, su Aplicación al Retardo en el Desarrollo. 14a. ed. México, Edit. Trillas, 1992, 283 p.

Segundo Encuentro de Educación Especial. (Memoria). S.E.P. Jalisco, 2, 3 y 4 de mayo de 1989, 124 p.

Tercer Encuentro de Educación Especial. (Memoria). S.E.P. Jalisco, 2, 3 y 4 de mayo de 1990, 132 p.

VELASCO Fernández Rafael. El Niño Hiperquinético. 1a. y 2a. edición, México, Edit. Trillas, 1990 y 1992, 131 p.

G L O S A R I O

- ADIADOCOCINESIA .- Incapacidad para ejecutar rápidamente movimientos excesivamente sucesivos antagónicos. Pág. 71.
- AFASICO .- Paciente que sufre afasia, o sea, pérdida más o menos completa de la capacidad de hablar o comprender el lenguaje hablado; la alteración radica en el cerebro pero la inteligencia permanece inalterable.
- ANAMNESIS .- Estudio de los síntomas signos mediante interrogatorio, que comprende los antecedentes personales y familiares, así como el curso de la enfermedad.
- ANHEDONIAS .- Incapacidad para sentir placer.
- ANOXIA .- Falta de oxígeno.
- DEFICIT MENTAL .- Carencia en la capacidad intelectual o en actividades mentales superiores de un sujeto.
- DEFICIT PSICOMOTOR .- El enfoque normativo del desarrollo psicomotor presupone que este sigue una serie de etapas evolutivas que están muy influenciadas por la edad cronológica y mental del niño. Pág. 580.
- DESHINIBICION .- Término para referirse a todo tipo de manifestaciones próximas a las demandas instintivo-pulsionales y, en consecuencia alejadas de las exigencias reales convencionales; de ahí su condición afín a la patología impulsiva antisocial.
- DIABETES - La diabetes describe un estado de aumento de glucosa en la sangre (hiperglucemia) que se divide, según su origen, en varios grupos. Pág. 636.
- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .- Investigación Clínica que se practica en un paciente para identificar una enfermedad, distinguiéndola de otras con las que podría confundirse.
- DIATESIS .- Predisposición a enfermar bajo la influencia de estímulos ambientales desencadenantes que son inocuos para otras personas. Disposición morbosa.

- DIATESIS HEMORRAGICA** .- Tendencia anormal a las hemorragias, como aparecen en las hemofilias, púrpuras trompopénicas o trombocitopáticas , etc. Algunas de las enfermedades que acusan éste tipo de diátesis son adquiridas, es decir, no hereditarias. Pág. 647.
- DISFORIA** .- Estado de tristeza y ansiedad asociado a excitación y excitabilidad aparentemente inexplicable.
- DISFUNCION** .- Funcionamiento trastornado u obstaculizado de un órgano específico : disfunción glandular, disfunción cerebral.
- DISOCIACION** .- Es la incapacidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa.
- DISPRAXIA** .- Dificultad para efectuar ciertos movimientos y de reconocer acertadamente los objetos y su uso.
- DISTOCIAS** .- Partos complicados por diversas causas.
- ENCEFALITIS** .- Estado patológico caracterizado por una inflamación de la sustancia o las envolturas del cerebro.
- 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.
- ENURESIS** .- Falta del control del esfínter urinario, que da por resultado que el sujeto se orine involuntariamente.
- ESCARLATINA** .- Enfermedad infectocontagiosa aguda , ocasionada por estreptococo beta hemolítico del grupo A y caracterizada por fiebre alta, anginas y exantema que, comenzado en las regiones distales del tronco y proximales de los miembros, se extiende al resto del cuerpo y que a los pocos días de iniciado procederá a descamarse. Pág. 844.
- ESFINTERES** .- Músculo circular que al contraerse cierra en partes o totalmente un orificio.
- ESTEREOGNOSIA** .- Es la facultad que se tiene de percibir y comprender a la forma y naturaleza de los objetos que palpamos pese a no verlos.
- ETIOLOGIA** .- Estudio de las causas de los fenómenos y, en medicina de las enfermedades . También puede referirse a las causas mismas.

ETIOPATOGENIA .- Estudio de las causas de las enfermedades y de los mecanismos que dan lugar a éstas . Es término que comprende a otros dos: etiología y patología.

GESTACION .- Proceso del desarrollo del embrión de las hembras vivíparas desde su concepción hasta el parto.

GRAFESTESIA .- Sensibilidad cútanea mediante la que se reconoce los signos trazados sobre la piel. Pág. 992.

HIPERACTIVIDAD .- Aumento patológico de la actividad física.

HIPERQUINESIA .- Literalmente , movimiento excesivo. El uso va dejando este término para aplicarse a una actividad excesiva, francamente patológica.

HISTORIA CLINICA .- 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.

ICTERICIA .- Coloración amarilla de la piel , de los tejidos y de los líquidos del organismo.

LESION NEUROLOGICA .- Daño provocado por diferentes causas a cualquier nivel del sistema nervioso, pero que se refiere preferentemente cuando se afecta el SNC lesión medular, cerebral.

MEDICINA PSICOSOMATICA .- 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. El término puede usarse también en sentido metodológico para referirse a un enfoque especial del estudio y tratamiento de algunos trastornos fisiológicos.

MENINGITIS .- Inflamación de las meninges membranas fibroconectivas que en número de tres envuelven el cerebro y médula espinal.

NEOPLASIA .- Formación de un tejido de carácter tumoral en el cerebro. Pág. 1405.

NEUROLOGIA .- Rama de la medicina que estudia los padecimientos que afectan al sistema nervioso.

NOSOLOGIA .- Rama de la medicina que describe distingue y clasifica las enfermedades dándoles el nombre más adecuado.

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

PATOGENIA .- Mecanismo por el cual los agentes causales de las enfermedades actúan para producirlas.

PATOGNOMONICO .- Signo o síntoma característico de una enfermedad que por si solo conduce al diagnóstico.

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

PRENATAL .- Mientras el producto permanece en el útero (preparto).

PERINATAL .- Causas más frecuentes que lo hacen durante el parto.

POSTNATAL .- Causas que afectan después.

PSICOPATIA .- Etimológicamente este término significa "afecciones morbosas del espíritu en general", así todo trastorno psicopatológico sería , una psicópata. En la moderna psiquiatría es sinónimo psicópata.

PSICOPATOLOGIA .- Rama de la medicina que estudia las causas y manifestaciones de llamadas "enfermedades mentales".

También se usa el término para referirse a las manifestaciones mismas de esos trastornos.

RUBEOLA .- Infección viral leve que frecuentemente aparece en epidemias.

SIMULTAGNOSIA .- Dícese de la dificultad para describir la acción representada en un cuadro.

SINDROME .- Conjunto de síntomas que caracterizan un cuadro patológico reconocible . Término médico usado en psicopatología para referirse a ciertos cuadros que no constituyen verdaderas "enfermedades".

SINTOMA .- En medicina es un indicio, habitualmente comunicado en forma verbal para el paciente, de un trastorno patológico.

SINTOMATOLOGIA .- Conjunto de síntomas que ocurren en un estado particular.

TERAPEUTICA .- Que pertenece al tratamiento médico este mismo.

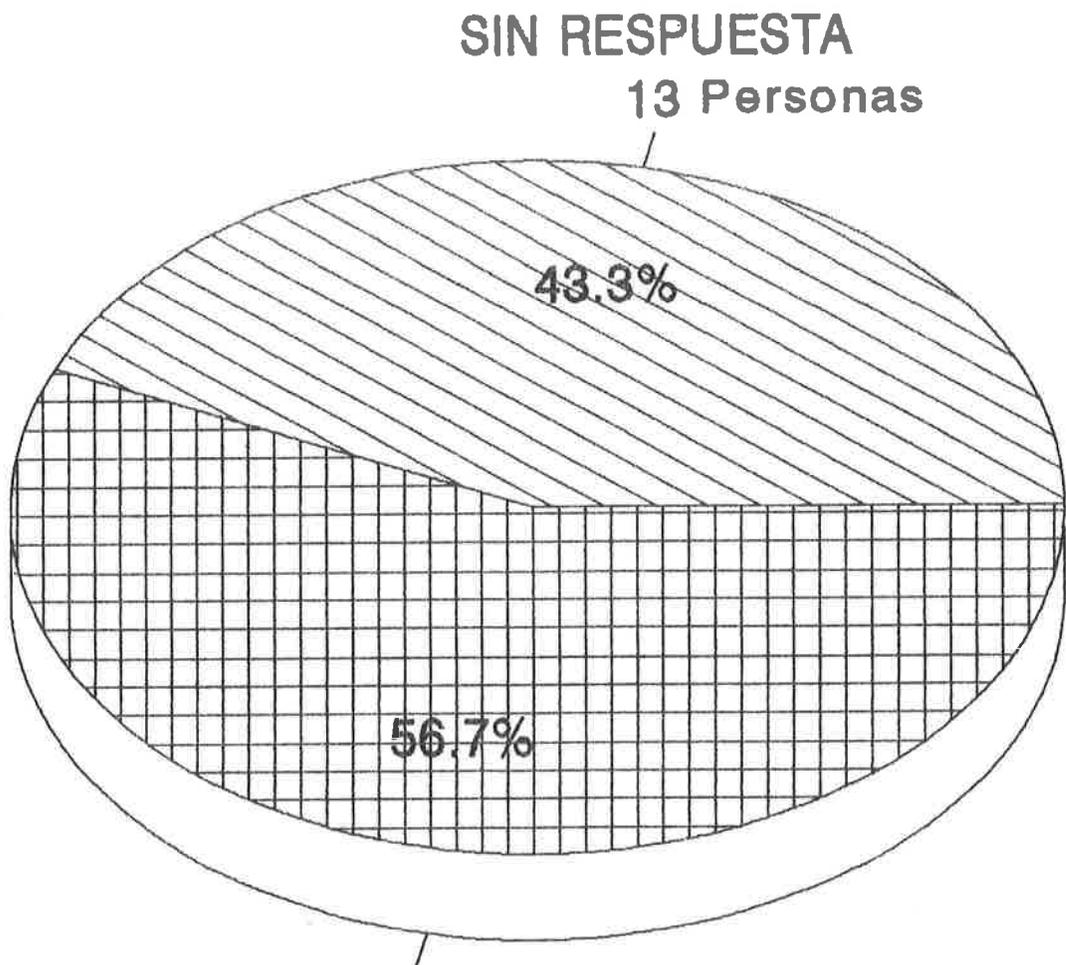
TOXEMIA DEL EMBARAZO .- Síndrome causado por la aparición de albuminuria, edemas e hipertensión arterial en la embarazada. Sinónimo: Toxemia gravídica.

TOXOPLASMOSIS .- Enfermedad causada por la infección "in útero" con toxoplasma gondii, microorganismo protozoario que afecta tanto al hombre como a los animales y que puede producir deficiencia mental.

APENDICE

Los resultados que obtuvimos durante la aplicación de encuestas a diferentes maestros fueron los siguientes:

¿Qué entiendes por hiperactividad?

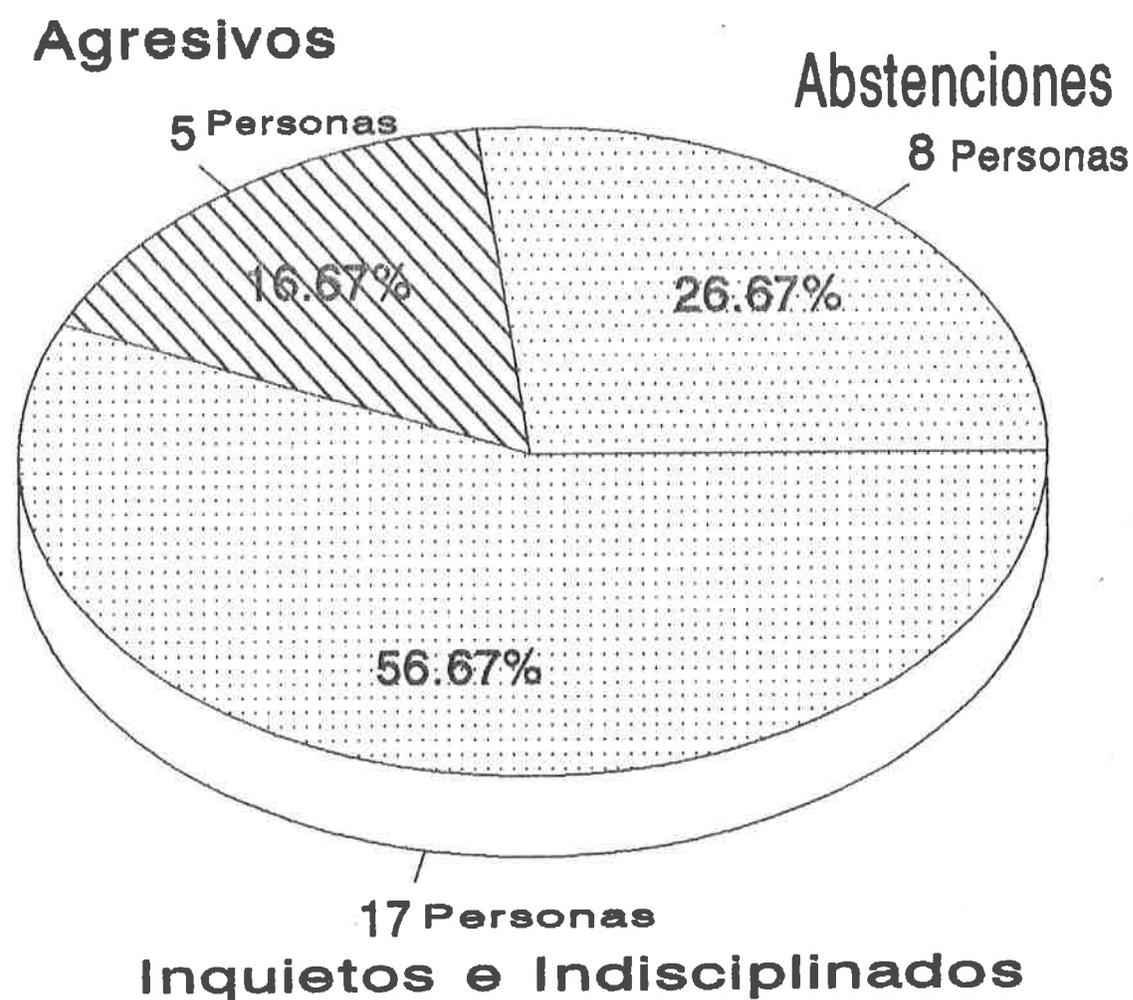


EXCESO DE ACTIVIDAD

17 Personas

Por lo que respecta a lo anterior podemos observar que un 56.7% de los encuestados coinciden en señalar que la hiperactividad es un exceso de actividad, y el 43.3% no contestaron a nuestra pregunta.

¿Que características has observado en estos niños hiperactivos?

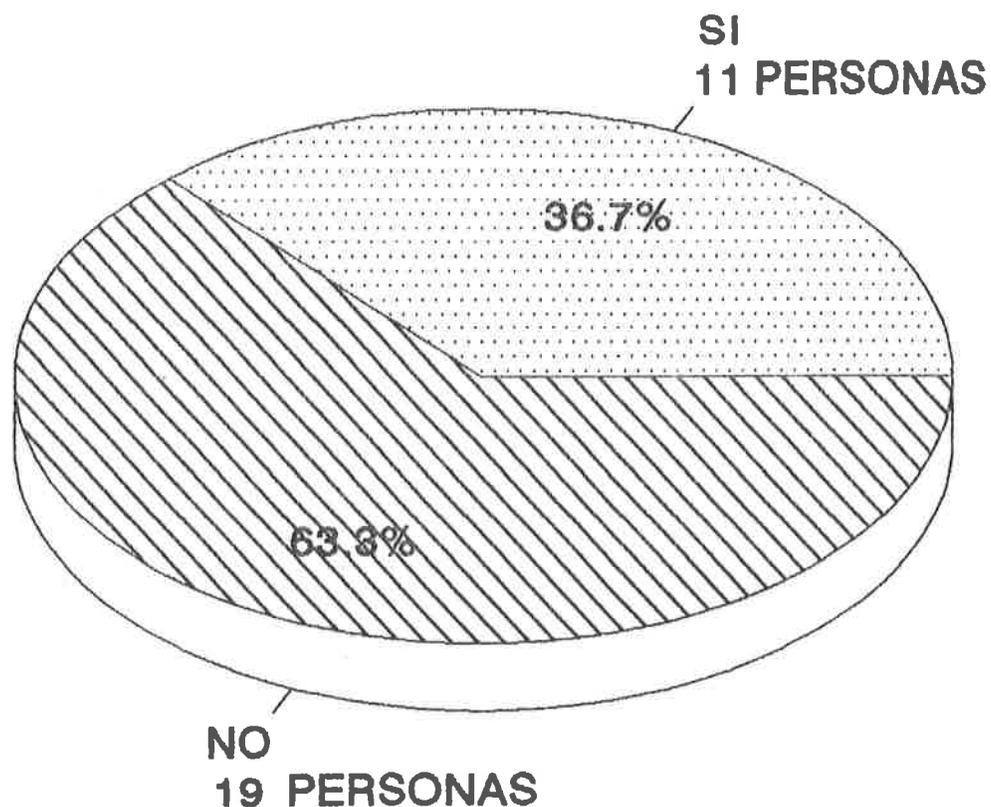


El 56.6% piensan que las principales características de un niño hiperquinético es el de inquieto e indisciplinado.

El 16.6% dicen que los niños hiperactivos son muy agresivos. Mientras tanto el 26.6% se abstuvieron de contestar nuestra pregunta.

Los resultados que obtuvimos durante la aplicación de encuestas a maestros fueron los siguientes:

¿Tienes en tu grupo niños hiperactivos?



El 36.6% de las personas que se le aplicaron la encuesta, contestaron afirmativamente tener niños hiperquinéticos o hiperactivos en su grupo.

El 63.3% de los otros maestros dicen no tener en su grupo niños hiperactivos.

ANEXOS

ANALISIS DEL ESTUDIO DE CASO.-
 DIAGRAMA SUMARIO DATOS PERSONALES

FACTORES									
1.- Físicos									
2.- Mentales									
3.- Familiares									
4.- Econ.Soc.Cult.									
5.- Educativas									
6.- Personalidad									
7.- Hereditarios									
8.- Auto-Comprensión									
situación presente cambios esperados por tratar. DESCRIPCION DE LOS FACTORES O HECHOS VALORADOS									

Nombre _____

Dirección _____

Tel _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Sexo _____ B-Z _____

Fecha del E. de C. _____

Examinador _____

Problemas de personalidad y conducta _____

1) FISICOS

5) EDUCATIVOS

2) MENTALES

6) PERSONALIDAD

3) FAMILIARES

7) HEREDITARIOS

4) ECON.-SOC.-CULT.

8) AUTO-COMPRESION

BREVE DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO Y DINAMICO (RELACIONAR FACTORES).

ORIENTACIONES Y TRATAMIENTO

REGISTRO PARA EL ESTUDIO CASOS

Nombre y apellidos : _____
 Dirección : _____ Teléfono _____
 Fecha de Nacimiento : _____ Edad : _____ años y _____ meses.
 Sexo : M - _____ F _____ Raza : B _____ N _____ M _____ A _____ Derecho _____ Zurdo _____
 Colegio _____ Grado _____ Curso _____
 Primera consulta _____ Examinado por _____
 Motivo de la consulta : (Descripción del problema y síntomas indeseables del niño, o joven, según son referidos por la persona que lo acompaña)

I.- FACTORES

1.- Desarrollo prenatal y natal:

A) Embarazo de la madre. ¿Normal o sufrió enfermedades y accidentes?
 PARTO. A tiempo _____ Prematuro _____ Normal _____
 Aplicación de forceps : _____ Anestesia _____
 Operaciones (césareas, etc) _____
 Parto prolongado _____
 B) ESTADO DEL RECIEN NACIDO: Peso _____ Talla _____
 Respiración: Buena _____ Asfisiada _____ Cianótico _____
 Convulsiones: _____ Lesiones _____
 Defectos y deformaciones _____

2.- Desarrollo de la primera infancia.

Alimentación: pecho _____ artificial _____ mixta _____

EMPEZO A	TEMPRANO (EDAD)	PROMEDIO (EDAD)	DEMORADO (EDAD)
Sentarse
Levantarse
Caminar
Primeras palabras
Primeras frases
Primeros dientes
Destete
Biberón hasta
Control de la vejiga
Control de los intestinos

Otras características del desarrollo de la primera infancia

3.- Enfermedades anteriores ¿A qué edad ocurrió?

Ictericia	Acidosis
Papera	Asma
Tosferina	Parasitismo
Sarampión	Meningitis
Escarlatina	Parálisis infantil
Difteria	Dolores de cabeza
Variola	Convulsiones
Variola	Fiebre con convulsiones
Tifoidea	Desmayos
Paludismo	Temblores

Catarros frecuentes	Accidentes
Bronquitis neumonía	Otras
Otitis	Observaciones

4.- Examen Físico. Diferencia con normalidad.

Talla

Peso

Cap. respiratoria

Fuerza muscular del brazo

Defectos visuales

Defectos auditivos

Defectos de coordinación motriz

Defectos de dicción

Deformaciones

Nutrición

Dentición

Condiciones físicas generales

.....

.....

.....

Examen físico médico: (Anotar todos los exámenes que se hayan hecho últimamente de sangre, parásitos, serología, radiografías, vista, oído, examen neurológico, electroencefalografía, etc. Dar nombre del médico(a) y fecha(a) de (o) examen(es).....

.....

.....

II.- FACTORES MENTALES.

(Capacidades y rendimientos revelados por los test de inteligencia, de aprovechamiento, por las observaciones de maestros y padres y por los exámenes escolares).

1.- Resultados de los test aplicados (de capacidades y aprovechamiento)

Nombre del Test

.....

.....

.....

2.- Observaciones de maestros y padres

.....

.....

.....

3.- Rendimiento escolar en general

.....

.....

4.- Deficiencias y dificultades en el aprendizaje. (Describir detalladamente la forma de la dificultad, con causas sospechadas, si es posible).

Lectura

Escritura

Cálculo Aritmético

Razonamiento Aritmético

Lenguaje

Otras

5.- Aprovechamiento y habilidades particulares (en gral)

.....

.....

6.- Actividades de la imaginación :

a) Sueños: contenido -

.....

.....

b) Dibujos espontáneos: contenido -

.....

.....

- ⓐ Cuentos de hadas preferidos.....
- ⓑ Ensueños o fantasías.....
- ⓒ Relaciones con personas imaginarias.....
- ⓓ Mentiras fantásticas (de acusaciones inventadas, etc).....
- ⓔ Tres deseos del sujeto.....

III. FACTORES FAMILIARES

1.- Datos.

a) Edad	PADRE	MADRE
b) Salud física		
c) Salud mental		
d) Ocupación		
e) Personalidad (rasgos)		
f) Actitud hacia el niño		
g) Actitud hacia el cónyuge		

2.- Observaciones sobre los hermanos y familiares que viven en la casa.

- ⓐ ¿Cuántas personas viven en el hogar del niño? ¿Quiénes son?
- ⓑ ¿Cuántos hermanos viven? Orden de los hermanos y nombres y edades.....
- ⓒ Posición del niño en el orden de hermanos.....
- ⓓ Hermanos preferidos..... Hermanos rechazados.....
- ⓔ Actitud que tienen hacia el niño otras personas que están cerca del mismo.....
- ⓕ Reacciones y actitudes del niño hacia:
 - Padre..... Abuelos.....
 - Madre..... Otros parientes.....
 - Hermanos..... Criados.....
 - Tíos..... Disp. familiar.....

3.- Atmósfera emocional del niño en la familia.

- Hijo único..... Divorciados del padre.....
- Hijo ilegítimo..... Divorciados de la madre.....
- Hijo adoptivo..... Escándalos en el hogar.....
- Hijo mimado..... Padre borracho.....
- Hijo huérfano..... Padre dominante.....
- Hijo no deseado..... Madre dominante.....
- Hijo rechazado..... Ambiente positivo.....

Hijo maltratado..... Ambiente sobreprotectivo.....
 Ambiente irritable, emocional.....

Conclusiones sobre la atmósfera emocional del niño. DISCIPLINA
 Atmósfera feliz..... rígida.....
 satisfactoria..... suave.....
 inestable..... inconsistente.....
 perjudicial..... disputas familiares sobre la disciplina.....
 autoritaria..... ausente.....
 sobreprotectora.....
 agresiva.....

EXPERIENCIAS EMOCIONALES IMPORTANTES DEL NIÑO:

Muerte de familiar.....
 Accidentes.....
 Castigos graves.....
 Otras.....

OBSERVACIONES : ¿Parecen los problemas del niño inducidos o provocados por el ambiente? ¿Por qué personas, situaciones o experiencias?.....

IV.- FACTORES ECONOMICOS, CULTURALES Y SOCIALES.

1.- Nivel económico de la familia: Casa propia.....
 Familia rica..... Casa alquilada.....
 Clase media..... Alquilada.....
 Pobre..... Apartamento.....
 Muy pobre..... Cuarto.....

2.- Nivel social de la familia:
 Nivel educativo del padre.....
 Nivel educativo de la madre.....
 Círculos profesionales, sociales, culturales a los cuales pertenecen:
 el padre.....
 la madre.....
 Clubs o sociedades a que pertenece la familia.....

3.- Otras observaciones del aspecto económico, cultural o social de la familia:.....

V.- FACTORES EDUCATIVOS.-

1.- Centros de enseñanza en donde ha estudiado:

GRADO	EDAD	CURSO	ESCUELA
Preparación			
Preprimaria			
Primera			
Segunda			
Tercera			
Cuarta			
Quinta			
Sexta			

SECUNDARIA

.....

2.- Enseñanza por maestro particular.....
 3.- Otros tipos de enseñanza recibidos.....
 4.- Promociones normales..... repetición de cursos.....
 5.- Asistencia: excelente..... buena..... promedio.....
 bajo..... muy deficiente.....

- 6.- Razones para cambiar o abandonar la escuela
- 7.- ¿Cuáles han sido los resultados escolares de este curso anterior?
- 8.- ¿Cuáles han sido los resultados escolares en este curso?
- 9.- Dificultades y problemas que tienen en la escuela o con los estudios
- 10.- Materias más fáciles Materias más difíciles
-
-
-

VI.- FACTORES DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA

- 1.- CONDUCTA EN EL HOGAR (hacia los familiares, padres, hermanos, etc)
- 2.- CONDUCTA EN LA ESCUELA (actitudes hacia el maestro, los compañeros, la disciplina, etc)
- 3.- CONDUCTA EN LA VECINDAD (hacia amigos, compañeros, vecinos desconocidos, etc)
- 4.- HABITOS E INTERESES
- A) COMIDA
- come bien.....
- come demasiado.....
- desganado
- aversiones.....
- preferencias.....
-
-
-
- B) SUEÑO
- duerme bien.....
- duerme demasiado.....
- duerme tranquilo.....
- pesadillas.....
- habla o grita en sueño.....
- miedo a dormir solo.....
- prefiere dormir con el padre o con la madre.....
- miedo a dormir en la oscuridad.....
- C) ELIMINACIONES
- Encuresis nocturna
- Encuresis diurna
- Se ensucia de día
- Se ensucia de noche
- Diarreas frecuentes
- Estreñimiento habitual
- D) MANIAS Y TICS
- Se come las uñas
- Se jala el pelo
- Dedos en la nariz
- Muecas faciales
- Otros
- E) HISTORIA SEXUAL
- Masturbación
- Juegos sexuales
- Sedución
- Testigos de actividad sexual
- Información sexual
- Fantasías sexuales
- Pudor exagerado
- Exhibicionismo

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

F) INTERESES PARTICULARES

- Juegos preferidos con objetos
- Juegos preferidos con personas
- Papel preferido en el juego
- Lecturas preferidas
- Cine
- Radio y T.V.
- Actividades religiosas
- Otros

5.- RASGOS DEL CARACTER (según manifiesta en el ambiente).

Especificar SITUACION o AMBIENTE (marque en el paréntesis del medio cuando el sujeto no sobresalga en las características expuestas).

- Trastornos del habla (tartamudez, sordo-mudez, etc.)
- Ceguera y otros trastornos de la vista
- Personalidades "raras"
- Otras anomalías

CONCLUSIONES, DIAGNOSTICO Y ORIENTACIONES.

1.- Historia detallada de los síntomas que forman el motivo de la consulta:

(Fecha del inicio, formas de manifestaciones, cambio en las manifestaciones, situaciones y otros factores que tienen influencia favorable sobre el síntoma. Diagnósticos y opiniones anteriores, tratamientos y remedios aplicados. Actitud del niño y de la familia hacia el síntoma).

.....

.....

.....

2.- Diagnóstico inicial tentativo

(primera impresión del caso)

.....

3.- Diagnóstico y Conclusiones.

Diagnóstico general y diferencial, etiología, investigaciones ulteriores necesarias.....

.....

.....

4.- Orientaciones y recomendaciones.

.....

.....

.....

AJUSTES SOCIALES

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> tímido | <input type="checkbox"/> agresivo | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) tranquilo | <input type="checkbox"/> irritable | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> cooperador | <input type="checkbox"/> negativista | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) sereno | <input type="checkbox"/> impulsivo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sociable | <input type="checkbox"/> retraído | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) equilibrado | <input type="checkbox"/> nervioso | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> juega | <input type="checkbox"/> no juega | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) controlado | <input type="checkbox"/> emotivo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> amable | <input type="checkbox"/> desconsiderado | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) laborioso | <input type="checkbox"/> perezoso | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> dominante | <input type="checkbox"/> sumiso | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) disciplinado | <input type="checkbox"/> indisciplinado | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> rebelde | <input type="checkbox"/> obediente | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) ordenado | <input type="checkbox"/> desordenado | <input type="checkbox"/> |

ESTADO EMOCIONAL

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> alegre | <input type="checkbox"/> triste | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> cariñoso | <input type="checkbox"/> frío | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> confiado en sí | <input type="checkbox"/> desconfiado en sí | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> seguro | <input type="checkbox"/> inseguro | <input type="checkbox"/> |

Rasgos predominantes.....

.....

.....

.....

6.- RASGOS PECULIARES:

- Tendencias destructivas
- Mentiroso
- Invencciones fantásticas
- Pequeños hurtos
- Actos de crueldad
- Defectos de dición

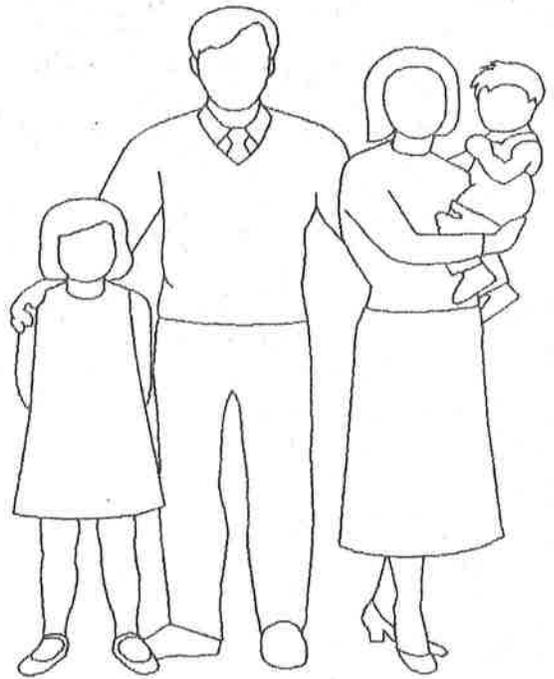
MIEDOS O FOBIAS DE:

- | | |
|------------------|----------------|
| Personas..... | agua..... |
| cosas..... | juego..... |
| situaciones..... | terremoto..... |
| animales..... | viento..... |
| comida..... | sangre..... |
| fantasmas..... | médico..... |
| muerios..... | colegio..... |
| oscuridad..... | otros..... |
| lugares..... | |

OBSERVACIONES.....
.....
.....

VII.- FACTORES HEREDITARIOS.

- 1.- Incidencia de anomalías en familiares consanguíneos (familiar fecha detalles)
- Tratamiento médico por nerviosismo, etc.
- Alcoholismo (grado, manifestaciones, etc.)
- Abuso de otras drogas, calmantes, etc.
- Debilidad mental.....
- Convulsiones, desmayos, temblores, etc.
- Sífilis (formas)
- Susidio
- Casos de locura (forma, duración, reclusión)
- Casos de anomalía (prostitución, criminalidad, delitos, reclusión)



EL NIÑO HIPERQUINETICO EN EL AMBITO EDUCATIVO

