

u P n
UNIVERSIDAD
PEDAGOGICA
NACIONAL

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
- NACIONAL**



**La Terapia de Juego no Directiva,
como Tratamiento para el Niño
Hiperquinético, que Presenta
Problemas Emocionales**

T E S I S A

**Que para Obtener el Título de
Licenciada en Psicología Educativa**

P R E S E N T A
Patricia Valdes García del Valle

MEXICO, D. F., FEBRERO DE 1991



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

**LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA,
COMO TRATAMIENTO PARA EL NIÑO
HIPERQUINETICO, QUE PRESENTA
PROBLEMAS EMOCIONALES**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
EDUCATIVA**

PRESENTA

PATRICIA VALDES GARCIA DEL VALLE

MEXICO, D.F. A FEBRERO DE 1991

21-17-II-92

A mis padres les agradezco muy sinceramente los esfuerzos que hicieron al permitirme seguir con mis estudios, al ayudarme moral, física y económicamente en el transcurso de mi carrera.

Es por ello que les dedico este trabajo que fué elaborado con dedicación y amor.

GRACIAS.

A Julian Anaya Baqueiro
quien me brindó apoyo cuando
más lo necesitaba.

A Gabriela Torres O.
quien fué para mi una guía
a lo largo de los últimos
semestres y me apoyo meto-
dológicamente en el presen-
te trabajo.

A los niños mexicanos por
permitirme conocerlos, les de-
dico este trabajo.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I	
ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	9
DIFERENTES NOMENCLATURAS.....	13
ETIOLOGIA.....	15
DETECCION DEL NIÑO HIPERQUINETICO.....	19
DETECCION DEL NIÑO HIPERQUINETICO POR EL PE- DIATRA.....	21
CAPITULO II	
TERAPIAS QUE SE HAN APLICADO A NIÑOS HIPERQUI- NETICOS.....	27
- Terapias conductuales.....	27
- Terapias pedagógicas.....	32
- Terapias psicológicas.....	38
CAPITULO III	
TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA.....	41
LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA COMO TRATA- MIENTO PARA EL NIÑO HIPERQUINETICO.....	53
EL FUTURO DEL NIÑO HIPERQUINETICO.....	64
CONCLUSIONES.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXO	
GLOSARIO.....	73

I N T R O D U C C I O N

EL presente trabajo se elaboró, con la finalidad de investigar documentalmente, qué terapia es la más indicada para tratar de ayudar a superar los problemas emocionales que presenta el niño hiperquinético.

Es un logro de profesionistas dedicados a la enseñanza , que con su observación continua y trato con los niños pequeños de diversos niveles socioeconómicos, detectan en los infantes algunos problemas de conducta y aprendizaje, entre los cuales se encuentran los niños que padecen hiperquinesia, quienes debido a sus características que presentan les es difícil relacionarse con sus compañeros, ya que se comportan de manera poco usual dentro de la casa, escuela y comunidad.

Al respecto las madres de estos niños han observado que - su hijo presenta incapacidad para controlar sus emociones, cambian drásticamente de humor, no demuestran afecto a sus semejantes, no controlan sus movimientos y al desconocer los motivos por los cuales el niño actúa de esa manera, sus padres no logran comprenderlo, lo tratan enérgicamente porque no respeta reglas y es indisciplinado.

En México la investigación sobre hiperquinesia es limitada en el ámbito educativo al igual que su difusión, lo cual impide que los profesores y padres de familia atiendan debidamente a-

esta clase de niños que requieren de una educación especial, - impartida por profesores y psicólogos especializados, competentes, para tratar sus problemas de conducta, cognitivos y emocionales. Sin embargo en el ámbito de psiquiatría infantil encontramos a profesionistas que han investigado, algunos de ellos son Rafael Velasco y Victor Uriarte, ambos han trabajado en la clínica de la conducta de la Secretaría de Educación Pública, elaboraron documentos interesantes respecto a la hiperquinesia.

En este estudio se verificará teóricamente a través de documentos, que terapia le puede ayudar a superar los problemas emocionales que son provocados por la sintomatología que padece el niño hiperquinético, ya que esta perjudica sus relaciones interpersonales, creándole sentimientos de baja autoestima y de fracaso, al no poder lograr metas que le son demandadas por la familia, escuela y comunidad.

/ A continuación se indica el contenido de esta investigación bajo el siguiente orden:

En el primer capítulo se encuentran los antecedentes de investigación sobre hiperquinesia, abordándola desde una perspectiva histórica de principios de siglo a la fecha, así como se mencionan los diferentes nombres por los cuales también se le conoce, los métodos de detección desde el punto de vista médico y pediátrico así como su etiología. Y los pasos que debe seguir el pediatra para hacer un buen diagnóstico que permita detectar al niño hiperquinético.

En el segundo capítulo se abordan algunas terapias desde diversos enfoques como es el conductista, las pedagógicas y psicológicas, indicando sus objetivos, el manejo que se les da y los posibles beneficios.

El último capítulo, trata de la terapia de juego no directiva aplicada a niños que padecen de hiperquinesia, encontrando que es la terapia más viable para tratar los problemas emocionales que padecen los niños hiperquinéticos, a los cuales nos referiremos.

Posteriormente se presenta un apartado donde se menciona el futuro del niño hiperquinético y conclusiones.

Finalmente se presenta la bibliografía consultada y además se incluye un anexo de un glosario de términos técnicos de medicina y psiquiatría que aparecen en el presente trabajo.

CAPITULO I

A N T E C E D E N T E S H I S T O R I C O S

En el año 1923, no se tenía indicios o bases para diagnosticar a la hiperquinesia, pero en este mismo año, Ebugn, fué quien se refirió a las secuelas neurológicas psiquiátricas de ciertos padecimientos como encefalítis que producen cambios estructurales en el cerebro.

(1)

Stryler en el año 1925 describió 27 síntomas propios de daño cerebral, entre los que se considerarán típicos del síndrome de disfunción cerebral: Inatención, inestabilidad emocional, irritabilidad, hiperactividad motora o verbal, problemas de sueño, desobediencia patológica, impulsividad, destructividad, agresividad, conducta antisocial, torpeza corporal, incomprensión de ordenes, repetición de faltas, entre otros.

(2)

En 1934 Kahn Y Cohen consideraban a la hiperquinesia, como referente conductual de algunos trastornos orgánicos del tallo cerebral, que pudieran estar fuera de los núcleos de la base o de la misma corteza.

(3)

(1) Harmory T. y Alcaraz V.M.

Daño cerebral diagnóstico y tratamiento.
México, Ed. Trillas, 1987pp 64

(2) Ajuriaguerra. Manual de psiquiatría
infantil. México, Ed. Mason, 1983. pp450

(3) Harmory T. Alcaraz V.M. opus. cit. pp 65

En 1948 Rosenfeld y Bradley creían que la hiperquinesia provenía de una lesión del encéfalo en desarrollo, especialmente a causa de encefalitis o lesiones menores al momento del parto, entre ellas la anoxia (privación de oxígeno). (4)

Desde 1940 en adelante muchos investigadores médicos comenzaron a demostrar los efectos de las alteraciones orgánicas cerebrales en la conducta y en las funciones psicológicas de los niños, desde perturbaciones leves hasta trastornos graves. Durante el decenio siguiente, el concepto de disfunción cerebral mínima se popularizó, con la tendencia a simplificar y generalizar demasiado este concepto, sin aquilatar las bases del diagnóstico.

En 1971 el doctor Morrison y Stewart, investigaron que los padres biológicos de estos niños hiperquinéticos, también padecieron del mismo trastorno de pequeños y sus estudios señalan que la predisposición genética es un factor importante en este trastorno. (5)

En 1977 Sprig manifestó que las características que debe presentar el niño, para ser diagnosticado como hiperquinético según D.S.M. III son las siguientes:

- 1.- Inquietud frecuente en manos, pies y moverse en el asiento.

(4) Barclay, Martín. Psicología anormal. México, Ed, Interamericana, 1987 pag. 424

(5) Barclay M. Id. pag. 425

- 2.- Dificultad para permanecer sentado.
- 3.- Distractivilidad frecuente.
- 4.- No espera turno.
- 5.- Da respuestas precipitadas antes de que acaben de formularle las preguntas.
- 6.- No sigue instrucciones (no finaliza trabajos).
- 7.- No mantiene la atención en tareas o actividades lúdicas.
- 8.- No termina tareas y cambia constantemente de actividad.
- 9.- Dificultad para jugar con tranquilidad.
- 10.- Habla excesivamente sin coherencia con frecuencia.
(No estructura bien sus oraciones, tal parece que no se comprende lo que se le pregunta, no se da a explicar.)
- 11.- Interrumpe a sus compañeros frecuentemente.
- 12.- Con frecuencia no escucha lo que se le dice.
- 13.- Con frecuencia pierde cosas útiles para tareas.
- 14.- A menudo practica actividades peligrosas sin pensar en el peligro, ejemplo; cruza las calles con mucho tráfico .(6)

En 1979 Werry al examinar a niños hiperquinéticos observó que debido a que han tenido más experiencias que pudieron ocasionar el daño cerebral, menciona algunas traumas que los pudieron provocar, como son, el recibir un golpe en la cabeza y haber quedado inconsciente, por ello puede presentar mayor frecuencia -

(6) D S M III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España. Ed. Mason 1980. pag. 64.

de signos neurológicos ligeros, Sin que hayan pruebas firmes de lesión cerebral bien definida. Los golpes en la cabeza pueden provocar anomalías en las ondas cerebrales, deficiente coordinación de movimientos finos, deterioro de la coordinación visomotriz, equilibrio deficiente, torpeza e incoordinación del globo ocular.

(7)

Loreta Bender señala que la difusión cerebral disminuye - la capacidad del desarrollo del niño, entorpeciendo el proceso de maduración y limitándolo.

(8)

Una vez que se ha revisado los antecedentes de investigación en este campo, se procedera ahora a revisar bajo que nomenclaturas se conoce a la hiperquinesia.

(7) Barclay M. Opus cit. pag 424

(8) Velasco Fernandez R. El niño hiperquinético México. Ed. Trillas, 1988. pag. 27

DIFERENTES NOMENCLATURAS

Desde 1923 se le ha denominado a la hiperquinesia como -
síndrome de dano cerebral, dano cerebral mínimo, disfunción ce-
rebral, hiperactividad, parálisis cerébral mínima, retardo en la
maduración cerebral, pseudoneurosis infantil, orgánico cere-
bral, etc.

Se denomina disfunción cerebral mínima, por padecer altera-
ciones en algunas funciones del cerebro y de escasa magnitud, -
pues pueden presentar alteraciones en la percepción, en la coor-
dinación motora y problemas de aprendizaje entre otros.

El problema es multifactorial, porque pudo ser provocado, -
ya sea por predisposición genética, por haber presentado tras-
tornos durante el embarazo, durante el parto y en el transcurso
del primer año de vida, y se pueden manifestar en transtornos le-
ves o severos.

Esta disfunción presenta evidencias orgánicas, debido a fac-
tores ambientales y sociales influyentes en la sintomatología.
(8)

Se le denomina daño cerebral, por una supuesta lesión causal
en el cerebro que pudo haber ocurrido en el útero, durante el
parto o poco después del parto y porque existe una destrucción
neuronal.

(8) Harmory T. y Alcaraz V.M.
Op.cit.pag. 32

Se denomina reacción hiperquinética por ser un síndrome relativo a la conducta, es decir hiperactividad, distractibilidad e inatención.

El término lesión cerebral mínima, implica un daño verdadero en el tejido cerebral, pues se encuentran signos neurológicos pero la disfunción puede existir sin que exista un verdadero - daño en el tejido cerebral o, en caso de haber lesión tisular (alteración orgánica) ésta no es extensa.

Ya habiendo aclarado los nombres por los cuales se conoce a la hiperquinesia, pasaremos a revisar las posibles causas que originan dicho síndrome.

E T I O L O G Í A

Las investigaciones que se han realizado respecto a la sintomatología de la hiperquinesia, encontraron que puede ser causada por diferentes factores orgánicos y ambientales.

El padecimiento puede ser causado por infecciones o traumas en la etapa prenatal (durante el embarazo), en el período perinatal (en el parto), y en la etapa posnatal (durante el primer año de vida), estos traumas o infecciones pueden ser provocados por enfermedades que afectan al embrión durante el proceso de maduración (rubeola, herpes, tamaño anormal del feto, pelvis demasiado estrecha, axioma prenatal, insuficiencia circulatoria, tirotoscosis, hipertensión, toxemia, preclámpsica, problemas respiratorios, anemia, desnutrición, diabetes mellitus, derrame de materia gris, hemorragias petequiales, pérdidas focales, microscopía del tejido, por causas hereditarias, por lesiones durante el parto, por lesiones durante el juego o debido a caídas.

Rosenfeld y Bradley en 1948 creían que la hiperquinesia era provocada por una lesión en el momento del parto, como privación de oxígeno (anoxia) o una sutil disfunción cerebral.

Puede ser provocada por un paro cardíaco con breve privación de oxígeno encefálico, debido a un infarto cerebral que incluye áreas menores, presenta un conjunto de signos y síntomas mínimos con efectos sensoriomotores y que pueden afectar al

intelecto, al afecto y provocar crisis focales. (9)

" el nexo posible de la lesión cerebral con la hiperquinésia y anomalías perceptuales motoras concomitantes a dado origen al concepto de disfunción cerebral mínima." (10)

La disfunción cerebral mínima es lo que se conoce como deficiencia de funcionamiento entre los procesos de pensamiento, del aprendizaje y de la ejecución motora. (11)

Las lesiones que puese sufrir el feto durante el tiempo de permanencia en el útero puede ser a causa de:

1.- Administración de medicamentos que pueden afectar al producto en su coordinación motriz, pues pueden presentar movimientos exagerados en el período embrionario.

2.- Complicaciones durante el embarazo, aparición de preclampsia y haber sido golpeada durante el embarazo.

3.- Ser niños prematuros y que manifiesten hiperactividad antes de cumplir su primer año de vida.

4.- Utilizar anestesia general durante el parto, provoca incremento en la frecuencia de hiperactividad. (12)

Dentro de las infecciones que pueden dañar al sistema nervioso central y que provocan la enfermedad que nos ocupa se menciona: Cistecercosis y amibiasis cerebral, estos microorganismos lesionan el cerebro, también la panencefalitis esclerosante, en

(9,10,11) Barclay M. Op. cit. p 424

(12) Casos Muños. Fundamentos de psiquiatría México, Ed. Limusa, 1984 p 512.

enfermedad que aparece después de algunos años de haber adquirido el sarampión, esto lo menciona Aleiman y Carver en el año -- 1981.

(13)

Las lesiones que pueden ser ocasionadas durante el parto - que pueden provocar alteraciones neuropsiquiátricas son: Dificultad para iniciar y mantener la respiración después del nacimiento, peso menor a 2000 gramos al nacer, parto prematuro , circunferencia cefálica menor a 29 cms., hemorragias intracraneales, crisis neonatales y anomalías en los signos neurológicos al nacer.

(14)

Dentro de las complicaciones poco después del nacimiento - se encuentran, desbalance hidroelectrolítico, infecciones graves y tener la necesidad de incubadora, contraer varicela y parotiditis neumonía lobar.

Según Bender describe que puede ser el producto de lesión cerebral adquirida durante el parto, el retraso maduracional o posible transmisión genética de un síndrome de daño cerebral, - las lesiones cerebrales pueden ser, por inflamación cerebral, - antes , durante o inmediatamente después del parto.

(15)

(13) Uriarte V. Hiperquinesia. México Ed. Trillas 1989. p 80

(14) Uriarte V. Id. p 87

(15) Harmory T. y Alcaraz V.M. Op. cit. p 34

Dado que ya se conocen las causas que provocan la hiperquinesia es importante conocer los medios de detección los cuales se presentaran a continuación.

DETECCION DEL NIÑO HIPERQUINETICO

Para poder lograr identificar a los niños que sufren hiperquinesia, debemos compararlos con niños normales, pues estos últimos crecen físicamente controlando sus movimientos y desarrollando sus capacidades de adaptación al medio ambiente, aprenden de la experiencia, son capaces de servir, de crear, de expresar - sus ideas claramente, entre otras cosas,. Un ejemplo de ello, es cuando el niño quiere algún objeto en especial y no está al alcance de sus posibilidades, intenta adquirirlo convenciendo a la gente. Mientras que el niño que padece de hiperquinesia en dichas circunstancias hace berrinche, agrede físicamente y llora sin parar, pues no acepta la frustración, si se le niega el objeto. Otro ejemplo, es cuando se le pide que se esté quieto por unos minutos y guarde silencio, esta clase de niños no lo puede hacer porque no controla sus movimientos.

Las madres describen a su bebé como un niño inquieto desde antes de nacer, pues en el último mes de gestación pateaban - mucho, en su primer año de vida fueron muy gritones, tenían dificultad para bañarlos, al alimentarlos tenían que sujetarlos, les costaba trabajo dormirse, pues su sueño era superficial, lloraban exageradamente, se irritan con facilidad, expresan demasiado enojo, rara vez sonreían y manifestaban mayor fuerza muscular y torpeza motora.

La hiperquinesia se presenta desde el nacimiento, sin embargo la gran mayoría que tiene el síndrome se le detecta cuando tiene 4 años e ingresa a centros educativos. La hiperquinesia afecta con más frecuencia a niños que a niñas.

En el hogar, las madres observan que su hijo presenta rebeldía y constante inquietud desde muy pequeños, provocan pleitos son poco sensibles emocionalmente al no expresar ningún tipo de afecto, no se interesa en nada en especial, nunca termina de comer a menos que se le insista, son destructores, no hacen amigos, no comparten nada, son fantaseosos, en ocasiones se sienten deprimidos y angustiados, son propensos a tener accidentes como coger recipientes puestos al fuego y realizan actividades ruidosas.

Cuando asisten a un centro educativo, presentan conductas antisociales, pues golpean a quien se le ponga enfrente, no juega con otros niños, no termina tareas, son sucios al trabajar, descuidados en su persona, desorganizados, su actividad excesiva no le permite que se concentre en sus tareas o no pone atención a la clase. Estos niños no logran permanecer sentados por lo -- menos media hora, no comparten objetos como juguetes o materiales, caminan por todo el salón, no discriminan los estímulos -- importantes de los que no lo son, se distrae con cualquier ruido, interrumpe a la maestra y molesta siempre a sus compañeros,

Una vez que la familia o el centro educativo se percatan -- que el niño necesita atención, es necesario conocer como es que el médico elabora un diagnóstico y con que fin lo hace, enseguida se presenta.

DETECCION DEL NIÑO HIPERQUINÉTICO POR EL PEDIATRA

El doctor o pediatra detecta al niño hiperquinético al aplicar ciertos procedimientos que le permiten establecer un diagnóstico, que nos revela la capacidad intelectual y emocional entre otras.

A continuación se presentan algunos de los pasos para la elaboración de un buen diagnóstico, que nos permitan conocer más a fondo al pequeño.

1.- La historia clínica proporciona los siguientes datos:

- a) Historia del desarrollo psicobiológico del niño.
- b) Antecedentes familiares y personales.
- c) Sintomatología actual.
- d) Exploración psiquiátrica.
- e) Exploración física, sobre todo neurológica.

2.- Examen neurológico, se refiere a que con el podemos obtener datos de signos neurológicos blandos (que son apenas percibidos y que no niegan la existencia del trastorno) " que pueden provocar un significativo retraso del desarrollo en una o más de las funciones , lenguaje, coordinación motora, percepción diferenciación derecha izquierda y coordinación motora, que pueden ser originadas por retraso mental de diferentes orígenes, - desordenes maduracionales, trastornos cerebrales de base orgánica)"(16)

3.- Electroencefalograma, este proporciona datos sobre la estructura del cerebro que en caso de niños hiperquinéticos pue-

de ser totalmente normal, también pueden presentar inmadurez - electroencefalográfica (consiste en el aumento global de las actividades THETA a la que suma una respuesta excesiva a la -- hiperventilación (respiración repetida y profunda)" (17)

4.- Las pruebas psicológicas que sirven para obtener el - conocimiento intelectual y para valorar sus deficiencias.

Se aplica el test de matrices progresivas de Raven, el test de Goodenough, el wisc, el test visomotor de Bender, para dificultades motoras. El test de desarrollo de la percepción visual de Marianne Frostig, para diagnosticar las dificultades de aprendizaje y el test de retención de Bentón.

En los resultados que arrojan las historia clínica, el examen neurológico y las pruebas psicológicas, se puede encontrar con frecuencia que el niño presenta inmadurez en el area psicomotriz, en la psicológica y en la cognitiva.

A continuación se presentarán por medio de tablas la sintomatología que padece el niño hiperquinético en las tres areas ya mencionadas:

Síntomas de inmadurez psicomotriz:

- Bajo rendimiento en tareas (no las termina)
- No comprende ordenes
- No trabaja solo
- Se distrae con frecuencia

(16) Velasco Fernandez. Opus cit pag 50

(17) Velasco Fernandez. Id. pag. 55

- No controla sus movimientos gruesos o finos.
- Se comporta como si tuviera menos edad.
- Manipula objetos constantemente.
- Manifiesta inquietud extrema.
- Son destructivos.
- * Les cuesta trabajo dormir
- Propensos a tener accidentes.

Síntomas de inmadurez psicológica (afectivo conductual)

- Labilidad emocional.
- No tiene seguridad en sus relaciones con sus objetos amorosos
- Incapacidad para controlar emociones, demostrando demasiado euforia o extremo enojo.
- Angustia ante conflictos, frustraciones.
- Lloran con facilidad.
- Manifiestan conductas inmaduras en lenguaje (hablan como niños más pequeños).
- Cambian rápido y drásticamente de humor.
- Son ansiosos pues no esperan turno.
- No muestran afecto.
- No se relacionan con otros niños debido a su comportamiento
- Demuestran rebeldía, pues solo quieren hacer lo que ellos quieren.

- No soporta frustraciones.
- Son agresivos.
- Las niñas manifiestan más fantasías.

Síntomas en el area cognitiva:

- La mayoría de estos niños presentan un coeficiente intelectual inferior al normal de su edad.
- Manifiestan diferencias de funcionamiento entre los procesos de pensamiento, por ejemplo, cuando se le pregunta ¿Por que rompió su trabajo ? contesta!no lo se!
- Incapacidad para distinguir lo importante y lo que no lo es de un estímulo, no distingue el todo de sus partes.
- Confunde derecha, izquierda.
- Tiene dificultad para tomar decisiones.
- Actua sin pensar en el peligro.
- Da respuestas precipitadas antes de que acaben de formularle las preguntas.
- Incapacidad de aprender de la experiencias, comete siempre los mismos errores.
- Habla mucho y sin sentido, no tiene coherencia lógica en sus oraciones.
- Debido a su sintomatología los padres y maestros no saben como tratar a estos niños y se sienten frustrados - por no lograr que el niño logre su independencia.

El niño hiperquinético es un ser humano, que como todos -

necesita sentirse seguro de los demás y sin embargo esto no sucede, pues el niño piensa que es menos que los demás. Al sentirse inseguro, le impide resolver sus problemas.

Estos niños necesitan de comprensión y sentirse seguros de sí mismos y de los demás, sentir que pueden lograr objetivos a corto plazo si lo desean y poner empeño en ello.

Es nuestro interés que el niño supere su inseguridad y que se desarrolle psicológicamente de una forma normal, para superar sus problemas emocionales, para que se sienta mejor y pueda relacionarse afectivamente con los demás, de lo cual nos ocuparemos, cuando sea el momento oportuno para hablar sobre las terapias a las cuales se han sometido los niños hiperquinéticos que en el siguiente capítulo se acordará.

C A P I T U L O I I

TERAPIAS QUE SE HAN APLICADO A NIÑOS HIPERQUINETICOS

Dentro de las terapias que han trabajado con niños hiperquinéticos, generalmente se ocupan de la conducta y del aprendizaje dejando a un lado la esfera emocional, dichas terapias son la conductista y las pedagógicas mismas que trataremos a continuación.

TERAPIA CONDUCTISTA

El conductismo inicialmente estudio el comportamiento -- animal con el fin de comprender sus conductas. Su objetivo es erradicar conductas no deseadas aplicando estímulo condicionado y el estímulo incondicionado.

Entre sus representantes más conocidos tenemos a Skinner (1953) " define al castigo como la negación de un reforzador - positivo o la representación de otro negativo" (18)

Skinner al trabajar con animales, intentó cambiar conductas a base de castigo y recompensas.

Para Hull, " el reforzador corresponde a la reducción de una necesidad corporal, a una recompensas y es de acuerdo a este concepto con el que da un tipo de respuesta". (19)

Hull, utilizó el método hipoteticodeductivo manejando tres

(18) Blanckhan G.J. Como modificar la conducta. infantil. Buenos Aires, Ed. Kapelusz. 1973 pag 69

(19) Enciclopedia de psicología y pedagogía. Paris, Ed. Sedmay Lidis. 1978

tipos de variables a saber : V. estímulo, orgánicas y de respues
ta.

Del conductismo se deriva la técnica de la modificación de la conducta, cuyo objetivo es explicar la génesis y el mantenimiento de la conducta inadecuada, que se encarga de alterar o sustituir dichas conductas. Trata que desaparezca la respuesta ante el estímulo condicionado, utilizando el castigo y la asociación de estímulos desagradables.

Otra técnica es la de control de contingencias, la cual utiliza un reforzador positivo ante la aparición de la conducta no deseada.

Otra técnica es la que se basa en el método cognitivo , cuyo objetivo es intentar controlar la conducta utilizando la técnica de autoobservación, autoevaluación y auto reforzador.

La terapia conductual al trabajar con niños hiperquinéticos por lo general administran medicamentos que controlan el sistema nervioso central como son; anfetaminas, tofranil, pertrofrán, avantyl y otros.

Dentro de las investigaciones que se han realizado con la terapia conductual combinadas con estimulantes encontramos:

Patterson y colaboradores (1965) diseñaron un sistema de entrenamiento, el cual consistía en que el niño usará un radio receptor y audífono a través del cual recibía una señal. Este diseño fue experimentado dentro del salón de clases. La investigación duro 5 semanas, con períodos de entrenamiento que va-

riaron de 15 a 18 minutos. (20)

El objetivo de este tratamiento era que el niño permaneciera en un lugar y atendiera a las indicaciones para lograr percibir el estímulo y emitir la respuesta correcta.

Betnstein y Quevillon (1976) con su método de auto instrucción cuyas características eran las siguientes:

- 1.- El experimentador modelo, habla en voz alta consigo mismo
- 2.- El sujeto lleva a cabo la tarea mientras el experimentador daba instrucciones en voz alta.
- 3.- El sujeto realiza las tareas hablando en voz alta para si mismo, en tanto que el experimentador apenas murmura.
- 4.- El sujeto lleva a cabo la tarea murmurando quedamente - mientras que el experimentador solo movía los labios sin emitir sonido.
- 5.- El sujeto lleva a cabo la tarea y movía los labios sin - emitir sonido, mientras que el experimentador se autoinstruía disimuladamente.
- 6.- El sujeto lleva a cabo la tarea con autoinstrucción disimuladamente.

Inicialmente el niño no se mostraba motivado al realizar el experimento, por tal motivo se tuvo que trabajar con estimu-

(20) Cross.A. Terapias de la conducta infantil. México, Ed. Limusa 1987 pag 143

los como recompensa por hacerlo (dulces) los cuales se fueron desapareciendo a medida que lograba comprender el niño que podía lograr trabajar aun sin recompensa.

Este experimento tenía el objetivo de lograr una tarea asignada y a la vez disminuir la hiperactividad. (21)

Rosenbaum (1975) trabajo con un sistema de tarjetas de colores como reforzadores de conducta con niños hiperquinéticos, dichas tarjetas se les proporcionaban a los niños si lograban terminar sus tareas y al término de la clase las podían intercambiar por dulces. El tratamiento duro un mes, al término de este se observó una notable disminución de las conductas hiperactivas. (22)

Sanchez (1980) trabajó con el control de instrucción para la disminución de las conductas hiperactivas, con la participación de las madres. El procedimiento era el siguiente:

a) Se entrena al niño a seguir instrucciones, con la ayuda de la instigación, el modelamiento y el reforzamiento de las respuestas correctas. Al término de éste, el niño logró disminuir la autoestimulación y la hiperactividad. (23)

(21) Cross A. Ib..p. 157

(22) Barclay M. op. cit. p 428

(23) Harmory T. Op. cit. p 351

Estos son algunos de los procedimientos conductistas que se pueden trabajar con niños hiperquinéticos, tratando problemas de aprendizaje únicamente.

En el siguiente apartado se presentaran las terapias pedagógicas a las cuales se han sometido este tipo de niños.

TERAPIAS PEDAGÓGICAS

En México las instituciones encargadas de dar tratamiento a niños con deficiencias y problemas de aprendizaje y que también tratan a niños hiperquinéticos son el hospital psiquiátrico infantil, la clínica de la conducta, hospital de la salud mental, centro de atención preventiva de educación preescolar (C.A.P.E.P.) y Desarrollo integral de la familia. (DIF).

Beltran Aguilar y Colaboradores en 1990 investigaron, que en la clínica de la conducta, que al niño hiperquinético lo ven como un problema conductual y de aprendizaje, ocasionado por una disfunción cerebral mínima, el cual requiere de un tratamiento psicofarmacológico. (24)

En el centro de atención preventiva de educación preescolar a los niños hiperquinéticos por lo general se les dan los siguientes tratamientos:

Pedagógicos- grupos integrados, entrenamiento psicomotor, y instrucción multisensorial.

Farmacológicos

Psiquiátricos.

A continuación se les presentaran con detalle algunos de

(24)Beltran Aguilar y Ramirez Morgado.
El niño con síndrome hiperquinético
consideraciones en torno a su identificación
y atención. Tesis U.P.N. Mexico 1990.pag 98

las terapias o tratamientos que se practican en México para los niños hiperquinéticos.

1.- Los grupos de atención especial.

Se encargan de trabajar en el aula normal de las escuelas de México, son llamados grupos integrados. A cada grupo asisten niños con problemas de aprendizaje, inatención y cada grupo cuenta con 10 o 15 niños, a los cuales se les proporcionan una educación especial personalizada, realizando tareas relativamente fáciles, cuya dificultad se va incrementando poco a poco.

Con este procedimiento el niño logra sentirse seguro de lo que va aprendiendo y de esta forma logra sus metas. En estos grupos si se toma cuenta sus problemas psicológicos, pues les importa lo que sienten.

2.- La instrucción multisensorial.

Se ha utilizado ampliamente en México, y se refiere a que el estímulo ingrese al sistema nervioso central por vía visual, cinestésica y auditiva. Con el fin de que el maestro estimule el interés por el aprendizaje.

Se inicia haciendo una valoración al sujeto por parte del doctor, psicólogo y pedagogo, para formular un diagnóstico y valorar si se requiere un farmaco o no, Se le brinda apoyo en materias académicas de tipo cognitivo como matemáticas, lectura, escritura, habilidades verbales, solucionar problemas, saber escuchar y recordar y mantener la atención visual. En el

Área de coordinación motriz se favorece su buena ejecución motriz gruesa y fina , así como ejercitando movimientos de extremidades y tronco. En el área social estimulándolos a que se relacionen con los demás.

Debera atenderse de 2 a 3 niños por sesión, impartida por un profesional capaz, con adecuado entrenamiento práctico y -- buena actitud personal.

3.- Entrenamiento psicomotor:

Fundamentado en la inmadurez neurológica, incluyendo el trastorno de aprendizaje y de conducta, para que el niño logre una madurez suficiente que le permita desarrollar su capacidad de aprendizaje, es necesario que domine ciertas habilidades -- motoras como lateralidad (mano, pie, ojo), la coordinación y orientación espacial (derecha - izquierda).

Al incrementar el dominio de tales habilidades el niño mejorará el desarrollo organizativo en su conjunto.

Los ejercicios son múltiples como gateo, arrastrarse, caminar en línea recta, brincar, trepar, seguir determinado ritmo, y pisar un sitio específico.

Los ejercicios permitirán mayor competitividad en el deporte, favorecerán su auto estima y su socialización.

A continuación se presentarán otros tratamientos que se han aplicado a niños hiperquinéticos pero que no se practican en México.

1.- Centro especializado.

En este lugar los niños son atendidos por una maestra o psicóloga especializada, la cual elabora un programa adecuado para cada niño, se le proporciona apoyo y orientación a la familia y al maestro en la escuela normal, practicando psicoterapia adecuada al problema. Ayuda a mejorar sus problemas de aprendizaje.

2.- Estimulación mínima:

Strauss y Lehtien (1947) pensaban que si se le eliminaba todo tipo de estímulo que pudiera perturbar la atención al niño hiperquinético, él podría disminuir su distractibilidad. Para ello se deberían eliminar distractores, como por ejemplo, el color de las paredes, las cuales deberían ser neutras; los maestros, vestir ropas poco llamativas, la existencia de una distancia considerable entre cada pupitre y el escritorio.

De esta manera se redujo el espacio perceptual a un metro cuadrado, se le limitaron con cancelos sus pupitres y se pusieron en mínimo de utensilios necesarios para la elaboración de tareas.

A demás se elimina todo tipo de estímulos auditivo y visual, utilizando materiales especializados, así como técnicas de tipo multisensorial. Al eliminar los distractores los niños se concentran más en sus tareas.

3.- Entrenamiento para la inhibición motriz:

"Flynn y Hopson (1972) consideraban que la alteración fundamental del niño hiperquinético se encuentra en el balance de excitación e inhibición." (25)

Su investigación fue sobre el dominio de la excitación y programación de un entrenamiento motor para equilibrar su excitación e inhibición, suponía que la deficiente coordinación motriz intervenían en los procesos de aprendizaje. Y que para ello tenían que lograr controlar el movimiento. Este tratamiento permite la relajación y la interacción social.

4.- Estilo cognitivo.

"Campbell (1973) asegura que el niño hiperquinético tiene un estilo cognitivo ineficiente," (26)

Suponían que el hiperquinético responde al estímulo sin razonar en el mismo, respondía lo que se le venía a la cabeza; no teniendo la capacidad de seleccionar los aspectos más relevantes de la actividad en la que está trabajando. Campbell encontró en su investigación que este tipo de niños puede aprender individualmente y de manera informal, esto ayuda a evitar la distracción y pérdida de interés.

(25) Uriarte Op. cit. 154

(26) Uriarte Id. 155

Como se podrá observar la mayoría de estos tratamientos - lo que realmente les importa es que supere el niño el déficit de su capacidad cognitiva y motora. Son pocos los que se preocupan por los conflictos emocionales que manifiesta el niño y que son provocados por el mismo síndrome.

TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Con anterioridad se ha señalado, que el niño hiperquinético sufre por su inseguridad y angustia, provocada por la sintomatología que padece. Es por ello, que consideramos que las terapias psicológicas deberán aliviar dichos problemas emocionales del niño hiperquinético. La terapia de juego no directiva, a la cual nos referiremos en el siguiente capítulo.

Antes se hará referencia a lo que recomiendan los psicólogos para el manejo del niño hiperquinético, a saber:

- Evitar la angustia y la culpa generada por una hostilidad dirigida al niño.
- No aplicar medidas punitivas irracionalmente.
- Mantener la vida en orden y calma evitando cambiar los horarios de levantarse, comer, tareas, juegos y de dormir.
- Al dar ordenes, darse una sola vez y en forma directa.

Debido a que su sintomatología gira al rededor de la falta de seguridad, la angustia, el castigo y la culpa, se recomienda que se apliquen terapias que manejen el estado emocional del niño, como la interacción con el terapeuta. De tal modo influirá favorablemente en la relación interpersonal dentro de su familia aplicar psicoterapia al niño y a su familia.

La terapia psicológica permitirá que los padres adquieran una posición más positiva frente al problema, al someterse a la terapia concientizarán el trato adecuado hacia su hijo, concibiénd

dolo como un niño que necesita ser atendido y que no es malo.

De esta forma le quitan cierta responsabilidad al niño - tratandolo como un ser que necesita ayuda y comprensión, disminuyendo la angustia de los padres y la culpa generada, por la hostilidad dirigida al niño y permitiéndole cambios que beneficien las relaciones familiares.

Resumiendo las terapias psicológicas y pedagógicas son - las que benefician más al niño pues ayudaran a mejorar sus conflictos emocionales.

En el siguiente capítulo se hablará con más detalle sobre la terapia de juego no directiva.

C A P I T U L O I I I

TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA

Esta terapia surge a partir de que en 1928, Ana Freud - empezó a usar el juego para tratar de atraer a los niños a su terapia, de tal manera que le permitieran una alianza entre - ambos, al utilizar el juego, como el medio natural a través del cual el niño expresa y manifiesta lo que siente y le interesa. (26)

Se utiliza usualmente como tratamiento para niños que presentan problemas de agresividad, de adaptación, de estudio, de lenguaje, que presentan conductas antisocial, que se encuentra en desequilibrio emocional y también se recomienda a niños minusválidos, sordos , hiperactivos y niños con deterioro intelectual.

Menalie Klein (1932) utilizó el juego como sustituto de - verbalizaciones, ya que por medio de él, el niño expresa sus - sentimientos, angustias, pensamientos y afectos. Klein interpreta directamente la conducta del niño en el juego. (27)

Levy (1938) utilizó la terapia de liberación aplicada al niño que sufre algunas traumas específicos, utilizando materiales de juego. (28)

(26,27,28) Charles E. Schaefer.
Manual de la terapia de juego.
México, Ed. Manual moderno. 1988.
pag. 5-7

Solomón (1938) utilizó la terapia de juego activa para - los niños impulsivos y para ayudar al niño a expresar su ira.

La terapia centrada en el cliente trabajada por Rogers, que se aplica a adultos sostiene que el ser humano tiene la capacidad de resolver sus problemas de modo suficiente, esto le permitirá madurar y adaptarse al medio a través de su experiencia.

Para Rogers el conflicto aparece cuando se da una incongruencia entre el yo real y el yo ideal. (29) (es el conflicto de lo que esperan del sujeto y lo que puede hacer el sujeto).

La terapia centrada en el cliente trahajada por Rogers, - es importante para entender la terapia de juego ya que fué la - base, bajo la que se sustenta la terapia de juego no directiva llamada así por Virginia Axline , quien la aplicó a niños como la misma finalidad de la terapia centrada en el cliente.

Al trabajar con niños , esta terapia incluye una modali-- dad, el juego. (30)

El objetivo de la terapia centrada en el cliente, es crear un clima de aceptación y empatía, con el fin de establecer relaciones humanas positivas que favorezcan la conservación y valoración del yo.

Entre los fines que persigue es que el sujeto logre diri-- girse lo mejor que sea posible, explore su personalidad, resuelva sus problemas y los que provocan las relaciones con sus semejantes.

Creando tal clima le ayudará al sujeto a aceptarse tal - cual es, y liberarse de tensiones, frustraciones y desarrollarse plenamente. El terapeuta le ofrece una aceptación no condicio-

nada de su personalidad.

La terapia sirve para equilibrar y armonizar las relaciones entre el niño y la familia, ayuda a resolver los conflictos que pueden interferir en sus capacidades, así como a utilizar al máximo sus capacidades intelectuales y a relacionarse de una manera más comprensible.

El método de la terapia de juego no directiva incluye acciones y palabras que satisfagan las necesidades del niño, además resalta la participación del terapeuta y los límites de la conducta del niño para llevar a cabo la sesión de terapia.

" En sus juegos el niño refleja la vida que le rodea. El reflejo de la vida se manifiesta en el contenido del propio juego, en los papeles que los pequeños interpretan, en el trato que dan a las cosas, en las relaciones entre los pequeños y en la forma que caracterizan a los personajes y en sus actos, en las réplicas y en las conversaciones de los niños." (31)

Para Freud en el juego se manifiestan, deseos, conflictos e impulsos que el niño no puede expresar en la realidad y tiene la función catártica y de la relación de actividades preparatorias y una reproducción de situaciones placenteras.(32)

(29) Palacios J. La cuestión escolar. Barcelona España, Ed. Laia. 1984

(30) Diccionario de las ciencias de la educación. Madrid España. Ed. Santillana. 1983.

(31) Liublinskaia. A. Desarrollo del niño. México. Ed. Grijalbo. 1971 pag 132

Para Piaget el juego es el medio por el cual el sujeto asimila lo real al yo. El juego simbólico es el deformador de lo real al yo y es este un signo individual, ya que la imagen se refiere a recuerdos, estados vividos y muchas veces íntimos y personales

(33)

Para Decroly " por medio del juego el niño puede dar rienda suelta a las negaciones que le impone el adulto, descargar sus impulsos, exteriorizar sus pensamientos, imita a los demás, explora y descubre aspectos del mundo. Lo cual es de importancia capital para la evolución de su desarrollo intelectual como afectivo." (34)

Entonces el juego es una parte importante en el ser humano por ello es que Axline lo toma muy en cuenta para llevar a cabo la sesión de terapia la cual deberá seguir ciertos pasos:

1.- El terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño, es decir establece el rapport tan pronto como sea posible.

2.- El terapeuta acepta al niño tal cual es.

3.- El terapeuta establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación, para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo.

4.- El terapeuta está alerta para conocer los sentimientos

(32) Diccionario de las ciencias de la educación. Op. cit.

(33) Piaget J. Seis estudios de psicología. Barcelona. Ed. Seix Barral. 1974 pag 40

que expresa el niño, un cambio positivo en su conducta.

5.- El terapeuta mantiene el respeto profundo hacia la habilidad del niño, para resolver sus problemas si se presenta la oportunidad. Es responsabilidad del niño, hacer elecciones e introducir cambios.

6.- El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conservaciones del niño de ninguna manera. El niño conduce y el terapeuta sigue.

7.- El terapeuta no intenta apresurar la terapia, debe entender que se trata de un proceso gradual.

8.- El terapeuta establece las limitaciones necesarias para concientizar al niño de su responsabilidad en la realización.

(35)

En la terapia de juego, se cree firmemente que el niño puede liberarse de todo lo que le bloquea su personalidad y que no le permite ser él mismo.

¿Cómo es que puede lograr este objetivo?. Para tal fin la terapia de juego se imparte en un salón, donde se encuentran juguetes que se le proporcionarán al niño. Con ellos el niño podrá simbolizar a los personajes de su familia o experiencias que para él hayan sido adversas.

En este salón especial o cuarto de juego se encontrará el terapeuta, los juguetes y el niño. Se empieza la terapia desde

(34) **Biología, Psicología y sociología del niño en edad preescolar**. - Barcelona .ED. Ceac. 1980. p 62

(35) Schafer Ch. y O Connor K. Op. cit.

el momento en que es recibido el niño por el propio terapeuta, quien le brindará y hablará carinosamente en voz baja y se mostrará tranquilo e interesado por el niño. El terapeuta establecerá una relación amistosa y permisiva con su paciente, dejando que el niño explore el cuarto de juego en donde se encuentran los juguetes apropiados a su edad como son: una familia de muñecos, una casa de muñecas con muebles, barro, crayolas, papel, para dibujar, animales, soldados, gorros, bebés de trapo, dos teléfonos, muñecos de guante que representen a la familia, materiales de construcción de madera, una mesa y una silla a su tamaño, una caja de arena, agua, trapos, juegos de té, -- utensilios de cocina de juguete y pintura de agua.

Para los niños de mayor edad entre 10 a 12 años, se les deberá proporcionar juegos de tiro al blanco, boliche, sacos para golpear, lodo, madejas de hilo, material para dibujo, máscaras, equipo médico de juguete, equipo científico y de oficina. Dichos materiales alentarán el juego libre de la imaginación del niño y a motivar la expresión oral y gráfica, la expresión de afectos y la revelación de los mecanismos de defensa.

El terapeuta debe estar capacitado teórica y prácticamente en lo que es la terapia de juego no directiva además de poseer ciertas características que le permitieran lograr los objetivos que se plantean.

Características que debe presentar el terapeuta en cada sesión:

- a) Ser una persona paciente que no pierda la calma.

c) Hable con su paciente , sea tolerable y exprese calidez al hablar.

c) Al dar la terapia debe relajarse, brindele confianza al niño, no debe interferir en las decisiones, no acorralarlo con preguntas, porque puede afectar a su relación.

d) Debe dejar al niño que se sienta seguro de sí mismo.

e) Respete la forma de expresión y de sentir del niño, interprete cada acción y sentimiento que realice el niño y sea cuidadoso al dirigirle las preguntas al niño.

Ejemplo: el niño con sus acciones trata de decir sus deseos lo cual el terapeuta debe de interpretar y pedir al niño que le aclare el porque de su actitud. Un niño ve un objeto que le representa algo y lo tira, aquí es cuando el terapeuta debiera decir: No te agrado el objeto y por eso lo tiraste.

Al preguntarle al niño, debe hacerlo casi semejante a lo que dice el niño a fin de conocer si el niño sabe porque hace las cosas y con que fin, de esta manera el niño expresará sus sentimientos con naturalidad, el terapeuta ayudará a organizar pensamientos y a aflorar sus enojos, furias, agresiones, ternura y simpatía, al mismo y tiempo relajara sus tensiones.

El terapeuta siempre se mostrará seguro, tranquilo , amigable para con el niño y eliminará halagos y aprobaciones ya que no son recomendables para la relación, puesto que pueden originar sentimientos de culpa en el niño.

Características de una sesión de terapia de juego

La sesión de la terapia siempre debe ser neutral.

Al aplicar la terapia siempre debe apagarse el método que anteriormente se ha señalado, deben dar respuestas empáticas, o sea poseer la capacidad de ponerse en el estado del niño y sentir sus estados de ánimo, sus aspiraciones y sentimientos, para poderlo comprender mejor. Tratar de interpretar lo que el niño -- quiere decir con sus gestos, actitudes, para lo cual debe ser sensible, receptivo, atento al niño, estar pendiente de sus necesidades.

De esta manera se permitirá que el niño simpatice con él y se establezca la relación, al lograrla el niño será capaz de expresar lo que siente ya sea por medio de preguntas o a través del juego, al simbolizar a sus padres, hermanos o personas con las que tiene contacto ya sea de conflicto o de experiencias que le provoquen placer.

Ocasionalmente el niño pedirá que el terapeuta participe en su juego. Pero al trabajar con un niño agresivo o destructivo, el terapeuta estará obligado a establecer límites definibles y aplicables dentro del cuarto de juego, para que al niño le quede claro lo que está permitido y lo que no puede hacer.

En ciertas sesiones de terapia se han dado casos de que el niño a pesar de saber que hay cosas que no pueden hacer dentro del cuarto insiste en hacerlas, así que el terapeuta debe terminar la terapia al momento.

El terapeuta puede tolerar insultos, berrinches, pero no debe permitir agresión física, ni que destruya objetos costosos o irreparables, que corra fuera o dentro del cuarto, que permanez

ca más allá del límite de tiempo. De esta forma el niño aprenderá a adaptarse en situaciones que le son impuestas por la sociedad en beneficio de todos.

El terapeuta debe evitar criticar al niño y no debe sugerir nunca las actividades del niño.

Al tolerar los insultos, iras y frustraciones del niño -- canalizará su energía negativa sin causar ningún daño en realidad y permitira que se establezca de nuevo el equilibrio para sobrellevar su vida cotidiana.

En la terapia de juego no directiva se le ayuda al niño a simbolizar y actuar en sus juegos todos sus sentimientos y hablar de una manera más desahogada. Estas conductas permitirán que descarge sus energías negativas canalizándolas por vías mejor aceptadas, estó es, al no poder agredir físicamente y verbalmente a una persona que le hace daño y le causa temor podrá descargar estos sentimientos en el juego, al poder golpear y hablar grotescamente con los juguetes que para él o ella simbolicen personas reales. Espués el juego simbolizado la via por la cual canalizará esas frustraciones y temores.

Modalidades de la terapia de juego no directiva.

Dentro de la terapia no directiva existen dos modalidades la individual y la grupal, a continuación se describirá una terapia individual. En la cual intervienen el terapeuta y el niño, estableciendo una alianza y creando una admosfera tal que el niño se sienta con libertad de expresarse. Por ejemplo:

Niño : Destrozaré todo lo que hay aqui!

Terapeuta: Ahora te sientes muy rudo.

Nino : (fijando su vista en el terapeuta) A usted también lo desparataré.

Terapeuta: Aún sigues sintiendote rudo.

Nino: Yo (ríe de repente)... Yo (camina por el cuarto) y coge un teléfono de juguete)... ¿que es esto?

Terapeuta: Es un teléfono de juguete.

Nino: También lo destruiré.

Terapeuta: También deseas destruir el teléfono?

Nino: (sonriendo como un pequeño ángel) sí, me encanta - destruir cosas y golpear a la gente.

Terapeuta: Te encanta destruir cosas y lastimar a la gente?
(36)

Lo anterior es un fragmento de una terapia individual de juego en la cual el niño expresa verbalmente su agresión y su molestia por las personas, pretendiendo ser rudo, pues cree que de esta forma puede enfrentarse a su realidad. En ese momento manifestó sus sentimientos, que en otro lugar no le hubieran permitido tales conductas.

En cada sesión de terapia el terapeuta debe estar alerta para que no cometer errores que pueden perjudicar al niño como, el evitar seleccionar los juguetes en la terapia, pues el niño no sentirá con libertad y confianza, imponiendole los juguetes,

(36) Axline, V. Terapia de juego.

México, Diana, 1975 pp90

y entonces esto anularía la terapia.

Los cambios que se logran con esta terapia provienen de lo más profundo del ser, son graduados, el sujeto cambia poco a poco, sin prisa.

En la terapia individual, el niño establece una relación con el terapeuta, el cual será la guía e interprete de lo que acontece en la sesión.

La terapia grupal.

En esta participan de 3 a 5 niños y el terapeuta, los cuales establecen sus propias reglas, reflexionan sobre sus conductas y en ocasiones piden la participación del terapeuta. Se define el temperamento de cada niño. Aunque no siempre juegan juntos, expresan a través del juego el rechazo de alguna persona a la que no quieren por algún motivo, el deseo de retornar a ser bebés, así se pone de manifiesto su necesidad de cariño y atención, los anhelos de una vida mejor, cuando imaginan una familia unida en casa con padres e hijos, expresando su tristeza con gestos, lágrimas y sus necesidades de atención al permanecer serios y no hacer nada. En estas sesiones demuestran sus contrastes emocionales, pueden expresar devoción, furia, enojo, alegrías, tristezas y frustraciones así como deseos de destrucción, un ejemplo de ello es:

Edna: estaba ansiosa porque llegará usted hoy.

Emma: La pequeña Sharon sucia y apestosa está ensuciando toda el agua. Yo conservo la mía limpia.

Sharón: La escuela? Emma esta molestando de nuevo. Dice que yo ensucio mis pinturas y que ella las conserva limpias.

Edna (a Sharón): Los hemos ensuciado todas. Emma es la -
única pintora cuidadosa. Nosotras somos muy sucias (golpea
con fuerza su brocha y salpica un poco de agua sobre Sharón).

Sharón: No hagas eso! ! Señorita mire! Ha salpicado agua so
bre mí.

Shirly Ann: Bueno eso te hace bien.

Edna: Miren como esta pintura cambia de color. Los niños
son por naturaleza sucios.

Emma: Si tiene la oportunidad. Todos son sucios excepto yo,
yo soy la pintura más cuidadosa de todo el mundo. Yo no --
soy una chiquilla, sucia y apestosa. Soy mejor que cualquie
ra (las otras niñas se burlan de ella). (37)

Debido a la libertad que tienen en la sesión grupal
las niñas se expresaron tal como son, y el terapeuta solo
interpreta sus actitudes.

A continuación se pasará a revisar como es que la terapia
de juego no directiva puede ayudar a dar solución a los proble
mas emocionales que presentan los niños hiperquinéticos.

(37) Axline. V. Op. cit. p 298

LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA COMO TRATAMIENTO PARA EL NIÑO HIPERQUINETICO

La terapia de juego no directiva se encarga de dar solución a problemas que presentan los niños, como mala conducta, conducta antisocial, agresividad, angustia, timidez, inseguridad en sí mismos y menosprecio.

Como esta clase de niños generalmente se encuentran vigilados, siempre los están instigando a que tengan cuidado, que no provoquen accidentes, que no destruyan; en todo momento los reprenden, no dejan que se desarrolle su yo (personalidad).

En la vida diaria del niño hiperquinético no se le permite actuar con libertad pues ocasionan muchos problemas.

Cuando se someten a la terapia de juego no directiva se les permite que actúen como quieren, de esta forma desarrolla un sentimiento de satisfacción consigo mismo. Al poder realizar las cosas que más le gustan sin exigirle, sin forzarlo, dejándolo que se exprese libremente se logra desinhibir y disminuir sus conductas agresivas y sus síntomas en general bajan de intensidad gradualmente en el transcurso de su larga terapia.

En las sesiones grupales los niños hiperquinéticos expresan abiertamente sus intereses y deseos a través de sus acciones para con los demás, se expresan en forma oral en el juego y por medio del dibujos, los cuales tienen un significado para ellos y son interpretados por el terapeuta. Los niños hablan de sus

experiencias, de las cosas desagradables que les han sucedido, de lo que les molesta, de lo que les gustaría ser y de sus necesidades de amigos.

Se muestran al terapeuta tal cual son y poco a poco van analizando su comportamiento, exteriorizan sus necesidades de cariño, de dependencia y va aflorando su forma de ser.

A continuación se mostrará un ejemplo:

Emma era una niña que tenía 7 años con 8 meses de edad, quien había sido remitida a la terapia de juego, por presentar desadaptación, pues era poco sociable y con problemas de comportamiento. Fue catalogada como hiperquinética, sus padres se divorciaron y la llevaron al orfanatorio. Académicamente su aprovechamiento escolar era bajo, se comportaba mal, fastidiaba y golpeaba a sus compañeras. Siempre estaba a la defensiva. (38)

Primera entrevista:

Emma (Se sentó a dibujar con gises de colores) y al termino dijo: Esta es mi casa. Aquí es donde vivo, en el número 7 de la calle Blank, con mi papá, mi mamá y mi hermana. Tengo una hermana mayor que yo.

Terapeuta: También vive aquí tu hermana?

Emma: Sí (se dirigió a jugar con los muñecos de papel que

(38) Axline V. Op. cit. p 276

representaba a la familia, susurro) Es este su vestido?

Terapeuta: Sí, ese es el vestido de la mamá.

Emma: (continuó recortando los vestidos, parecía absorta por completo en esta labor).

Terapeuta: Te gusta jugar con los muñecos de papel.

Emma: (haciendo un gesto al terapeuta) No, no mucho.

Terapeuta: Preferirías jugar con otra cosa?

Emma: Preferiría colorear, pero usted no tiene un cuaderno.

Terapeuta: Desearías que yo tuviera un cuaderno para colorear, para que tu pudieras colorear en él.

Emma: Sí (continuó recortando vestidos para los miembros de la familia excepto al papá y después se dirigió a donde estaban otros juguetes y miró al terapeuta).

Emma: Puedo beber agua? (señalando hacia la mamila)

Terapeuta: Puedes hacer con los juguetes todo lo que deses.

Emma: (cogió la mamila y bebió de ella, conservando su espalda hacia el terapeuta. Después cogió la cuna del bebé y la meció. Más tarde jugó silenciosamente con los soldados sobre los caballos. Continuó todo el tiempo de espaldas al terapeuta, así, que esta no pudo ver qué estaba haciendo la niña con los soldados. Parece ser que llevaba a cabo una silenciosa batalla entre los soldados. Primero fué derribando uno y después al otro. Ella susurró algo que el terapeuta no pudo captar. Parecía bastante molesta por algo. Frunció el ceño y miró hacia el terapeuta. Cogió de nuevo la botella y empezó a beber de ella miró de nuevo al terapeuta, bebió de la botella y de nuevo volvió a mirar al terapeuta.)



91819

Terapeuta: Le agrada beber de la botella.

Emma: (De inmediato bajo la botella. Saco la pistola, la saco de la funda a susurro !bag! , colocándola de nuevo en su funda. Después sacó el tren de la caja y lo armó. Lo empujo por la banca como dos centímetros y después subitamente lo volvió a colocar en la caja. Más tarde, aún de espaldas al terapeuta, se matuvo parada ahí frotando su mano por la orilla de la banca.).

Terapeuta: Ha terminado el tiempo de estar juntas . Emma.

Emma: (se dirigió a la mesa y se quedó mirando al terapeuta y él le sonrió. Emma numedeceió sus labios y sonrió a su vez pero solamente con sus labios).

Terapeuta: Deseas decir algo Emma.

Emma: (susurrando) Sí.

Terapeuta: ¿que deseas decir.

Emma: (retorció sus manos e hizo gestos al terapeuta)
(susurrando) Deseo regresar.

Terapeuta: Puedes venir aquí todos los martes si así lo deseas.

Emma: (Entonces sonrío de verdad . caminó hacia la puerta).

Terapeuta: Adios Emma. (39)

(39) Axline V. op. cit. p 278

El dibujo realizado por Emma fué una casa de color café, - con tres ventanas y una puerta. En las ventanas tenía cortinas de color azul, rojo y púrpura. Al lado de la casa pintó un árbol grande, el cielo fué pintado de azul, con un sol azul sonriendo con líneas amarillas, colocado en la esquina izquierda. Cinco - pájaros azules volando en el cielo.

Es importante mencionar que en el dibujo expresó su deseo de estar con su familia, al decir que allí vivían su papá, mamá y hermana; aún cuando ya tenía 3 años de vivir en el orfanatorio. En cuanto a la madre hacía promesas que nunca cumplía, pues dijo en varias ocasiones a las niñas que empacaran sus cosas porque iría a recogerlas pero nunca lo hizo.

Al recortar los vestidos para los miembros de la familia, recortó para todos menos para el padre, esto parecía ser significativo para ella. Al beber de la botella expresó su deseo de regresar a su vida de antes.

Sin duda la terapia de juego no directiva aplicada a niños que padecen de hiperquinesia y que tienen problemas emocionales, después de un tiempo de aplicada la terapia, los niños cambian su comportamiento por conductas adaptadas, logrando -- analizar sus problemas y darles alguna solución. Las relaciones que establecen con otros niños, son más agradables porque desean que se les trate de una forma digna y tratan de mejorar sus conductas, al ser más tolerables a las frustraciones, al esperar turno, al contener sus movimientos bruscos, al no provocar pleitos y sentirse más apreciados por sí mismos y por los demás.

Durante la terapia de juego el niño va desarrollando su Yo (personalidad) pues el clima de la terapia así lo permite, así se logrará esa confianza de sí mismo y es entonces cuando se conducen en una forma positiva.

Cuando se logran estos objetivos el niño está preparado -- para evolucionar desarrollándose afectiva, social e intelectualmente, (ya que al tener problemas emocionales reflejaban bajo rendimiento escolar, debido a su baja capacidad de atención, conductas rebeldes por el mismo rechazo y esto es lo que se quiere que supere el niño hiperquinético, pues poseen una capacidad intelectual término medio, pero con desventajas ya citadas).

Los problemas emocionales que padecen los niños hiperquinéticos le afectan demasiado y no sabe que hacer para que los demás lo entiendan. A continuación se relata una entrevista de grupo con Emma catalogada como niña hiperquinética.

(las niñas se presentaron juntas, Edna y Sharon sacaron las mamilas. Edna empezó a dibujar. Shirley Ann se sentó a un lado de la mesa del terapeuta y empezó a dibujar sin ninguna dirección. Después cogió un soldado, una enfermera y los alineó. Emma cogió la botella de Edna y bebió de ella. Edna, no dijo nada, pero continuó con su dibujo).

Shirly Ann (a Emma) : Tu siempre coges las cosas de otras personas.

Emma : Y que; si es así?

Shirly Ann : No vas a coger ninguna de mis cosas.

Emma : Oh sí? Te acusaré diré lo que hiciste.

Shirly Ann : Emma siempre acusas a las personas. Siempre,

siempre ella corre y las acusa.

Emma : Claro que sí. Las acusó ante todas las personas.

Sharón (Colocándose la máscara negra): Me gusta usar má^s caras. Me pondré la negra.

(Emma encontro de nuevo la botella de Lana. Tomó asiento a la mesa y cogió el papá muñeco. Lo conservó en su mano).

Emma: (A Lana con voz melodiosa) : Puedo coger la mamia?
(Lana se la entrega. Emma coge la botella, le quita el chupón y bebe el agua de esa forma. Ríe jubilosamente. Shirly Ann sacó arcilla. Después de veinte minutos finalmente toma asiento en el piso y juegan juntas con la arcilla. Sharón tiró una de las mamas y la rompió. Parecia que estaba a punto de llorar).

Shirly Ann: está bien que llores si piensas que te van a golpear, pero cuando sabes que no lo harán, entonces para que llorar?

Sharón : (Sonrió ante este pequeño destello de sabiduría).

Sharón: Tampoco debo decir que lo lamentó?

Terapeuta: No tienes que decir que lo lamentas, Sharón no siempre te agrada tener que disculparte por las cosas que haces.

Sharón: No, pero lamentó sinceramente el haber roto la botella. En realidad lo lamentó.

Terapeuta: Lamentas en realidad lo que sucedió.

Sharón: Sí.

(las otras niñas no trabajarón bien con la arcilla. Pasarón la mayor parte del tiempo viendo a su alrededor y comentando - sobre el paseo a la alberca que esa tarde iban a realizar.

manipularon arcilla, pero no hicieron forma alguna con ella. Sin embargo Emma si modeló algo, se había colocado de espaldas. Finalmente Shirley Ann se dirigió hacia al terapeuta en forma suplicante y le pidió que si por favor enviaba algo a China para ayudar a las personas que vivían allí y que estaban muriendo de hambre y no tenían ropa).

Terapeuta: Te preocupan los pequeños que viven en China.

Shirly Ann: Oh sí. Están muriendo de hambre, porque no -- tienen nada de comer. Eso nos dijeron el domingo en el catecismo. En ocasiones lloro por eso en la noche. Siento mucha lastima (su semblante denota que de nuevo esta a punto de llorar).

Emma : (Mirando por encima del hombro con aparente maldad) Bah! Envíales basura y escúpeles.

Shirly Ann (horrorizada): Oh, no! No te expreses así Emma Blank.

Emma: (Haciendo mímica): Emma Emma Blank, bueno eso es lo que Emma Blank piensa de ello. Y podría decirle eso a la maestra?

Terapeuta: Quieres decirlo aqui porque sabes que no lo puedes hacer frente a la maestra.

Emma: Sí, ella me mataría para luego enviarme allá, para -- que me coman. (ríe).

Shirly Ann: No lo haría. Pero debería hacerlo. Eres odiosa Emma Blank. Nadie te quiere. (Emma de inmediato intenta quitar la botella a Edna por la fuerza, se suscito una batalla).

Edna: Coge la que está allá. No la mía.

Emma: Tu coge aquella. Yo quiero la tuya.

Edna: Yo cogí ésta primero. Esta no la toques. Toma aquella.

Terapeuta: Emma quiere tu botella porque está molesta por lo que Shirley Ann le dijo.

Emma: Claro que estoy molesta. Todo el tiempo estoy enojada contigo. Estoy enojada con todas.

Shirley Ann : De cualquier forma, allá está una botella. Cógela. (Emma se dirigió de nuevo a la arcilla).

Terapeuta: Emma quiere la botella que Edna tiene y no cualquier botella. (Emma prosigió su trabajo con la arcilla).

Emma: (Refiriéndose al terapeuta): Yo no peleo con ella.

Shirley Ann: No por su puesto que no. No estas tan loca.

Emma: No tengo miedo. (una larga pausa)

Sharon : Que estas haciendo? (Emma oculto su trabajo)

Emma: Desearías averiguarlo, No es verdad? Bueno, no vas a lograrlo.

(El tiempo termino' y las niñas se prepararon para salir. Ninguna de ellas mencioná nada sobre la ausencia de los niños. Emma se acercó a la terapeuta y le mostro' la figura de un hombre que acababa de moldear).

Emma: (sonrió): Lo ve? está desvestido.

Terapeuta: El hombre esta desvestido (Emma lo enrolló hasta hacer una pelota y la tiro hasta donde se encontraba el resto de la arcilla).

Emma: Ahora nadie podrá verlo. Ellas no tienen porque saber lo que hice.

Terapeuta: No deseas que ellas se enteren de lo que has hecho.

Emma; (sonriendo) Odio sus agallas.

Terapeuta: Odias sus agallas.

(Emma ríe estrepitosamente. El resto de las niñas se despiden y parten. Emma se despide alegremente y sale de la habitación brincando gustosamente). (40)

Emma en esta sesión se dió cuenta que al relacionarse con sus compañeras en forma cortés, la aceptan mejor, que cuando lo hacía por la fuerza. Expresó sus más hostiles deseos hacía sus compañeras así como hacía los adultos, incluyendo aquellos que sufren. El odio expresado fué el resultado de carencias de cariño. Al realizar al hombre de arcilla expresó su interés por el sexo contrario. Emma acepta que se comportó agresivamente con Edna.

Recordaremos que la terapia de juego no directiva en la sesión que se describió anteriormente, se les brindó la libertad de expresar en cualquier forma a las niñas, esto les ayudó a liberarse de sus energías, frustraciones, deseos, anhelos y

(40) Axline V. op. cit. ps. 289-290

las ayudó a relajarse. La interacción con otros niños es provechosa, pues al decir lo que sienten, llegan a conocerse y en cierto punto a comprenderse.

Emma, al término de su terapia que duró 14 sesiones logró comportarse más maduramente, pues se volvió más cooperativa, jugaba sin tener problemas con sus compañeras, pudo lograr aceptar las frustraciones como los engaños de su madre, que prometía llevarla con ella y nunca lo hizo.

La terapia de juego no directiva todavía no se lleva a cabo en México como tratamiento para el niño hiperquinético, pero si bien hay instituciones donde se atienden a estos niños en estas mismas instituciones que son, la clínica de la conducta, centro de atención preventiva de educación preescolar (C.A.P.E.P) y Desarrollo integral de la familia (D.I.F.) se podrían practicar. Con personal capacitado y que cumpla con los requisitos que se han señalado en hojas anteriores.

Una vez que se ha hablado ampliamente sobre la terapia de juego no directiva y de su aplicación continuaremos con el pronóstico de los niños hiperquinéticos.

EL FUTURO DEL NIÑO HIPERQUINÉTICO

Las investigaciones que se han realizado innumerables especialistas como médicos y psiquiatras han llegado a la conclusión de que el niño hiperquinético puede mejorar en la adolescencia si su organismo lo permite y si su daño no es severo y si se somete a una psicoterapia, pues ésta le ayudará a sobrellevar sus problemas emocionales.

Weiss(1971) investigo a un grupo de niños hiperquinéticos que después de 5 años de haberlos diagnosticado como tales, en la etapa de la adolescencia, manifestaban aún agresividad, distractibilidad, inmadurez emocional, deficiente capacidad académica, incapacidad de alcanzar sus propias metas, sensación de desesperanza y gran incapacidad para establecer relaciones amistosas y un bajo porcentaje 25% intranquilidad y conducta antisocial.(41)

Según el D.S.M. III. los antecedentes familiares de niños hiperquinéticos revelan que los padres pueden presentar trastornos específicos del desarrollo, abuso del alcohol, trastornos de la conducta y ser antisociales. (42)

(41) Uriarte V. Op. cit. 162

(42) D.S.M. III. Op cit. pag 63

Muessy y colaboradores (1979) observaron que en el caso de las jovencitas que padecen de hiperquinesia al llegar a la adolescencia presentan: irritabilidad, impulsividad, intentos de suicidio por su poca tolerancia a la frustración y actitudes histriónicas. (43)

En la etapa de la pubertad se diversifican los síntomas, la hiperactividad, en esta etapa tiende a disminuir al menos en intensidad.

En los estudios realizados por Victor Uriarte (1980) se encontró que los aduitos que padecieron de hiperquinesia en su infancia, presentan en su vida adulta hiperquinesia residual pues algunos síntomas de la misma persisten durante toda la vida presentan todavía secuelas o trastornos de personalidad y se han dado casos de tener que recluirlas en psiquiátricos en donde permanecen algún tiempo, porque además de la hiperquinesia padecen de un bajo porcentaje de psicosis o retardo mental, presentan conducta antisocial, explosividad afectiva labilidad emocional entre otros.

Los hiperquinéticos que además presentan retraso mental son propensos a delinquir, siendo uno de los factores que los orilla a ello, es que provienen de hogares disueltos y pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

(43) Uriarte V. Op, cit. pag 163

En la edad adulta al disminuir el grado de sintomatología, el sujeto puede presentar buena coordinación motriz en algunas de las habilidades, pero manifiestan baja autoestima, impotencia, defectos de identidad debido a su dificultad para controlar sus impulsos, soledad, insatisfacción consigo mismos y con los demás, deprimidos, algunas veces presentan psicosis maniaco depresiva, anorexia o esquizofrenia pseudo neurotica.

Si no se les atiende en la etapa de la infancia, su vida posterior será de fracaso, porque no se pueden valer por sí mismos y tienen el riesgo de presentar problemas emocionales serios, como padecer de esquizofrenia, psicosis, alcoholismo, que afectan no solo al sujeto que la presenta sino que también a las personas que la rodean.

Pero si de pequeños son atendidos es posible que superen algunos síntomas, tengan mejores relaciones con sus semejantes, logren superar su baja autoestima entre otras cosas.

A continuación se presentará las conclusiones que se extrajeron del presente trabajo.

CONCLUSIONES

Por mucho tiempo los tratamientos a que se sometían a los niños hiperquinéticos, no favorecían, o no trataban sus problemas emocionales porque se enfocaban más a los problemas de aprendizaje y de coordinación motriz, sin pensar siquiera, como se sentía el pequeño. Solo ocasionalmente se empezaron a interesar un poco en el estado emocional del pequeño.

Al investigar sobre el síndrome hiperquinético se encontró que dicho padecimiento afecta al niño en sus facultades cognitivas, motoras, perceptuales y psicosociales, teniendo como reflejo un bajo aprovechamiento escolar y una inadaptación al medio físico como psicológico.

La terapia conductual, no es recomendable para tratar los trastornos emocionales que padece el niño hiperquinético, pues solo trata de resolver los problemas relacionados con el aprendizaje. Tampoco las pedagógicas, las cuales no benefician en nada el área emocional, porque se centran más en los problemas - motrices, de percepción, de atención, cognitivos, los cuales le interesan al área de pedagogía.

La terapia de juego no directiva es la que sí ofrece al niño hiperquinético bajar la intensidad de su sintomatología, mejorar su autoestima, ayudar a resolver sus conflictos, a utilizar al máximo su capacidad intelectual, permitiendo exteriorizar sus sentimientos y deseos. Creemos que la terapia de juego no directiva es la más apropiada para ayudar a superar los problemas emocionales que presenta el niño hiperquinético.

Cabe destacar, que si el niño es sometido a un tratamiento multidisciplinario (en donde lo atiendan los doctores, quienes se darán cuenta de los progresos del niño; los pedagógicos quienes se encargarán de realizar un programa apropiado de acuerdo a su desempeño escolar y los psicólogos, se encargarán de aplicar -- psicoterapia a la familia y terapia de juego al niño, así como registrar las mejoras en el área afectivo social), los beneficiaran en las áreas biopsicosociales, es decir en un plano integral.

Al investigar la documentación se presentaron algunos problemas, pues no fué suficiente la bibliografía para que se pudiera profundizar más y se encontró que el tema ha sido estudiado muy poco por el ámbito educativo, pues existe más investigación médica y psiquiátrica.

Debido a que no se contó con estudios de medicina, fué un trabajo no tan profundo como debiera ser, por ello es que no se abordó más ampliamente los factores biológicos y neurológicos del problema.

Por la falta de investigación de campo, no fué posible trabajar con los niños hiperquinéticos directamente, que si bien estos nos aportarían un sin número de datos más ricos -- sobre su estado emocional y sus vivencias con la familia.

Se demostró teóricamente que estos niños presentan un desequilibrio emocional, que no les permite desarrollarse plenamente todas sus capacidades psíquicas como intelectuales.

Consideramos que la terapia de juego no directiva favorece a la resolución de los conflictos internos que presenta el niño hiperquinético, ayudando a mejorar sus relaciones interpersonales.

Se invita a todos aquellos profesionistas a proseguir con la investigación y aplicación de la misma para enriquecer ampliamente dicho trabajo.

Se sugiere que si se trabaja con este tipo de niños, participe personal calificado e interesado en el problema de una forma multidisciplinaria, de tal manera que ayuden al pequeño a armar su personalidad más sana e integral.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. Manual de psiquiatría infantil. México, Ed. Mason. 1983.
- AXILINE V. Terapia de juego. México Ed. Diana, 1986.
- BIOLOGIA, PSICOLOGIA Y SOCIOLOGIA DEL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR. Barcelona Ed. Ceac, 1980.
- BLANCHMAN G.J. Como modificar la conducta. Buenos Aires Ed. Kapelusz, 1973.
- BARCLAY M. Psicología anormal. Enfoques científicos y clínicos . México, Ed. Interamericana. 1987.
- CASOS MUÑOS A. Fundamentos de psiquiatría. México, Ed. Limusa. 1984.
- D.S.M. III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España, Ed. Mason, 1988.
- DICCIONARIO de las ciencias de la educación. España, Ed. Diagonal Santillana, 1984.
- DICCIONARIO de Psicología y psicoanálisis. Buenos Aires, Ed. Paidós , 1977.
- DICCIONARIO Terminológico de ciencias medicas. México, Ed. Salvat, 1983.
- ENCICLOPEDIA de Psicología y pedagogía. Paris, Ed. Sedmay Lidis, 1978
- HARMONY T. y ALCARAZ V.M. Daño cerebral diagnóstico y tratamiento. México, Ed. Trillas, 1987.

- KINSEOURNE Y KAPLAN. Problemas de atención y aprendizaje en niños. México, Ed. Prensa medica mexicana, 1983.
- LIJBLINSKAIA A.A. Desarrollo del niño. México, Ed. Grijalbo, 1971.
- CROSS A. Terapia de la conducta infantil. México, Ed. - Limusa, 1987.
- PADACIOS J. La cuestion escolar. Espana, Ed. Laia, 1984
- PIAGET J. Seis estudios de psicología. Barcelona, Ed. Seix Barral, 1974.
- RENSHAW D. El niño hiperactivo. México, Ed. Prensa medica mexicana, 1986.
- SCHALFER CH. y OCONOR J. Manual de la terapia de juego. México, Ed. Manual moderno, 1988.
- URIARTE V. Hiperquinesia. México, Ed. Trillas, 1989.
- VELASCO FERNANDEZ. El niño hiperquinético. Mexico, Ed. Trillas, 1988.
- WALKER N. Teoría y práctica de la psicoterapia. Buenos Aires, Ed Troquel, 1967.
- WILLIAM M. CRUICKSHANK. El niño con daño cerebral. México, Ed. Trillas. 1984.
- WOODWARD Y BIONDO. Yo primero. México, Ed. Pax-México. 1986.
- BELTRAN AGUILAR Y RAMIREZ MORGADO. EL niño con síndrome - hiperquinético consideraciones en torno a su identificación y atención. Tesis U.P.N. México 1990 pag

HOLMS GREGORI. Diagnosis ant mit manajenen seizures in
children. U.S.A. Ed. Milton Markowitz. 1957.

A N E X O

G L O S A R I O

ACTIVIDAD THETA: Es uno de los diversos ritmos que manifiesta la actividad eléctrica cerebral, tal como es recogido en el electroencefalograma. Normalmente aparece en las regiones temporales del cerebro; su persistencia excesiva es patológica.

AMIBIASIS CEREBRAL: Una de las formas clínicas de las amibiasis extraintestinal en la que se afectan el cerebro por diseminación nematógena del trofozoito.

ANEDONIA : Ausencia del sentimiento de alegría y placer; generalmente unidas a la falta de entusiasmo (pobreza de estímulos).

ANOXIA: Falta de oxígeno, ausencia de este en las células o tejidos vivos y más ampliamente en partes, insuficiente.

CISTICERCOSIS: Estado de infección por la ingestión de cisticercos, especialmente cysticercosis celosea, larva de taenia sellum, en la carne del cerdo que puede afectar al cerebro.

CRISIS FOCALES O PARALES: Son aquellas en que los primeros datos clínicos, la expresión clínica o los cambios electroencefalográficos indican activación de un sistema neuronal limitado a una parte de cualquiera de los emisferios cerebrales. Se clasifican en simples y complejos, denominándose simples cuando no existe pérdida del estado de conciencia y complejas cuando esta se encuentra alterada y se da en cualquier edad.

CRISIS NEONATALES: Crisis convulsivas sutiles que se manifiestan por pataleo, chupeteo o temblores finos.

DESBALANCE HIDROELECTROLÍTICO: Cuando existe un desequilibrio entre los líquidos y electrolitos corporales.

ELECTROENCEFALÓGRAMA: registro gráfico de los cambios de las ondas en el potencial eléctrico observado cuando se colocan los electrodos sobre el cráneo o sobre el cerebro expuesto.

ENCEFALITIS: Enfermedad infecciosa que afecta al encefalo y tambien frecuentemente a la médula espinal, caracterizado por un proceso inflamatorio del tejido nervioso y de las membranas que lo cubren, se originan en hemorragias internas, que dañan o interfieren las funciones cerebrales y como consecuencia quedan afectadas las funciones intelectuales.

ESQUIZOFRENIA: severa enfermedad mental, del area de las psicosis, caracterizada por alteraciones en todas funciones de la personalidad, más notablemente del pensamiento, la voluntad y la conducta, padeciendo fragmentación, interceptación, robo, alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, distorsión del juicio de la realidad, inestabilidad emocional, conducta extravagante e impredecible.

LABILIDAD: Inestabilidad corporal o psíquica. Tendencia al cambio, docilidad ante los estímulos y condiciones ambientales. Cambios de humor frecuentes en algunas de las enfermedades, - sobretodo en la psicosis maniaco depresiva.

LESIÓN CEREBRAL: Trastorno de la anatomía o fisiología (funcionamiento) de la masa encefálica, puede tener distintas causas traumatismo (golpes) , infecciones ejemplo; parálisis general progresiva, accidentes vasculares, (trombosis, embolía, arteriosclerosis cerebral).

LESION FIBULAR: Daño o alteración morosa orgánica o funcional en los tejidos.

NEUMONIA LOBAR: Inflamación del tejido pulmonar que afecta a un lóbulo pulmonar.

PANCREATITIS: Inflamación de la glándula parótida consecutiva a un estado infeccioso general, caracterizado por tumefacción y supuración del órgano con síntomas generales graves.

PATOLOGIA NEUROPSIQUIATRICA: Enfermedad que afecta al sistema neurológico y alteraciones mentales.

PSICOPATOLOGIA: La rama de la medicina que estudia las causas y manifestaciones de las enfermedades mentales.

PSICOSIS: Trastorno psiquiátrico severo, caracterizado por profundas alteraciones del psiquismo, prácticamente todas las áreas de la personalidad se hallan afectadas ; el pensamiento, el afecto, y la conducta. Manifestandose despersonalización, trastornos de la percepción, alucinaciones del pensamiento y de ideación delirios, de la afectividad ambivalencia y de la conducta autismo. Apartado de la realidad, sus relaciones y conductas son impredecibles,. Ocasionado durante su primer año de vida por un fallo primario del yo, defecto de establecer relaciones objetales (reacción narcisista) mundo autoerótico de fantasías) por fijaciones primitivas (orales) profunda regresión. Mecanismos de defensa más punitivos y estremosos como son; negación, identificación, disociación, proyección, etc.

PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA: Trastorno mental caracterizado por una alteración oscilación emocional. En la fase maniaca hay excitación, fuga de ideas, hiperactividad ocasionalmente vio--