



**SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL**

UNIDAD UPN 220

**EL NIÑO CON SINDROME HIPERQUINETICO
CONSIDERACIONES EN TORNO A
SU IDENTIFICACION Y ATENCION**

T E S I S

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

P R E S E N T A N

**SILVIA BELTRAN AGUILAR
PATRICIA M. RAMIREZ MORGADO
MARGARITA RUIZ LUNA**

MEXICO, D. F.

1990

" A LOS NIÑOS "

A ustedes que fueron
 el fuego que alentó mi alma
 que me enfrentó a un reto
 que llenó mi vida de ilusión,
 que vi en ustedes,
 la inquietud plena,
 la fuerza inalcanzable,
 la desobediencia inexplicable,
 la incertidumbre.
 Que vi en ustedes
 la esperanza,
 la más tierna mirada,
 la más dulce alegría
 la ansiedad de sus ojos,
 la ingenuidad del saber,
 por ser ustedes mismos,
 que me impulsaron
 a cruzar la inmensidad,
 y a correr el velo de la ignorancia
 para encontrar mi realización,
 gracias les doy.

Margarita Ruiz Luna.

Gracias a ti Señor,
que nos diste la fuerza de la fe
para seguir los pasos de la vida
que nos llevaron a nuestra vocación
para ver la culminación
de nuestra formación profesional.

A nuestros padres,
a ustedes que nos guiaron
por la senda escabrosa de la vida,
que nos apoyaron
material y espiritualmente,
que nos alentaron y nos comprendieron,
que nos ayudaron y enseñaron
a abrir las alas para volar,
y hoy hemos llegado con ellas
a la cima propuesta.
Gracias les damos.

A ti Maestra, Zoila +

*Que fuiste excelente persona y amiga,
magnífica maestra, que lograste
trasmistir tu riqueza de conocimientos
y los valores más humanos.*

*Que dejaste en nosotras
la luz de la esperanza,
la fuerza y entereza
para seguir superándonos,
y seguir tu ejemplo.*

*Con especial agradecimiento
a todas y cada una de las personas
que de una u otra forma contribuyeron
material o espiritualmente,
durante el transcurso de nuestra
carrera.*

A todos nuestros maestros,
por su labor incansable,
por su empeño y dedicación
durante nuestra formación profesional,
por su aliento y apoyo
en el logro de nuestra meta.

Con un especial agradecimiento
al Profro. Iván Escalante
por su generosa ayuda en la elaboración
y dirección de esta tesis.

A nuestra Universidad Pedagógica nacional
por habernos brindado los medios
para incursionar en el conocimiento
y lograr una mejor preparación docente,
dándonos la oportunidad de cooperar
a una superación de la educación de la niñez.

A tí,
que con tu apoyo y comprensión
creaste en mí la confianza suficiente,
para crecer espiritualmente
y llegar a mi meta,
te tendré siempre presente.

I N D I C E

Página

INTRODUCCION	1
--------------------	---

CAPITULO I

DDA

MARCO TEORICO

1.- Historia de la Hiperquinesis y evolución del término	10
2.- Definición del término desde el punto de vista de varios autores	16
3.- Etiología del síndrome hiperquinético	22
4.- Sintomatología del síndrome hiperquinético	29
5.- Definición y descripción de los síntomas	34
6.- Diagnóstico del síndrome hiperquinético	38
7.- Tratamiento del síndrome hiperquinético	49
8.- Prevención	58
9.- Pronóstico	59

CAPITULO II

ASPECTOS INSTITUCIONALES DE LO QUE SE HA HECHO EN MEXICO RESPECTO AL NIÑO HIPERQUINETICO

1.- Panorama general	66
1.1 Aspectos de detección	66
1.2 Caracterización del sistema educativo	70
1.3 Aspectos de asistencia a la escuela	75
1.4 Servicios especializados	78
1.4.1 Antecedentes	78

1.4.2	Historia de la educación especial en México	80
1.4.3	Función y servicios que proporcionan la educación especial en México	83
2.-	Aspectos específicos de la atención institucional especializada	84
2.1	Servicios existentes	84
2.2	Descripción de la atención que proporcionan algunas instituciones oficiales y privadas a niños con problemas hiperquinéticos	85
3.-	Principales problemas detectados en las instituciones	99

CAPITULO III

PRESENTACION DE CASOS

1.-	Sujetos analizados	106
2.-	Análisis de los problemas comunes en los casos revisados	151

CAPITULO IV

ACTITUDES DE LOS PADRES CON RESPECTO AL PROBLEMA

1.-	Características del grupo de madres	160
2.-	Descripción del instrumento	161
3.-	Principales resultados obtenidos en las entrevistas	162
4.-	Consideraciones en relación a las respuestas de las madres	166

	<u>Página</u>
CONCLUSIONES	174
ANEXOS	182
CITAS BIBLIOGRAFICAS	211
BIBLIOGRAFIA	219

INTRODUCCION

Una de las tareas encomendadas a padres y maestros es la educación de los niños, la cual debe dotar al sujeto de condiciones que le permitan adaptarse, de una manera armónica, al medio social en el que le tocó vivir.

Al llevar a cabo esta tarea, padres y maestros se enfrentan a variados problemas que, en ocasiones, los colocan en situaciones difíciles que les impiden lograr la meta propuesta con el éxito deseado.

El fracaso en el cumplimiento de esta tarea, no sólo va a afectar al sujeto, sino que tendrá repercusiones en el ambiente familiar y en la sociedad en general.

Es sabido que son dos los factores que obstaculizan la labor educativa: uno la incapacidad física del sujeto y la otra la incapacidad del medio social para propiciar las condiciones idóneas para llevar a cabo la labor educativa del niño.

Cuando el sujeto se encuentra ante esta doble problemática, se halla en doble desventaja también, y únicamente podrá salir adelante, si se lleva a cabo un tratamiento adecuado -- que le permita solucionar sus problemas intrínsecos y si, por otro lado, se modifican las condiciones ambientales que le rodean.

El síndrome hiperquinético es uno de estos problemas que

colocan al sujeto en una doble desventaja, ya que por un lado el niño manifiesta tener cierta incapacidad orgánica y por el otro el sistema educativo no le ofrece las alternativas adecuadas para superar su problema.

La importancia de investigar y profundizar sobre el síndrome hiperquinético radica en el desconocimiento que existe alrededor de éste, de su incidencia en nuestro medio y de la relevancia que para padres de familia y maestros tiene, ya que, si bien es un problema que ha existido desde siempre, es también uno de los problemas que más desespera a padres y maestros debido a que no saben cómo actuar cuando se está frente a este tipo de sujetos, ni cómo ayudarlos a la solución de su problema para evitarles consecuencias negativas en su vida futura.

En las instituciones de preescolar y nivel primario, los maestros nos hemos enfrentado a muchos problemas que de una u otra manera se van solucionando; sin embargo existen otros con los que por más que se busque la solución, no está en nuestras manos poder resolverlos, debido a la falta de conocimientos sobre los mismos, como es el caso del síndrome hiperquinético y que, al enfrentarnos a él, surge la necesidad de buscar ayuda con personas especializadas en este tipo de problemas que nos ayuden tanto a maestros como a padres de familia a encontrar la solución más adecuada en beneficio del propio niño y de la sociedad en general.

Esta situación nos motivó a investigar sobre el tema del síndrome hiperquinético: Conocer qué es este síndrome; qué sucede con el niño hiperquinético; cuáles son las causas de su conducta; qué se ha investigado sobre el tema; a qué conclusiones se ha llegado; qué se hace con estos niños en las instituciones especializadas, en su hogar y en la escuela; -- qué soluciones se han encontrado en nuestro medio; cuál es el pronóstico de estos niños y en general, qué problemas surgen alrededor del niño hiperquinético.

Los objetivos que se pretenden con esta investigación -- son los de conocer más profundamente sobre el síndrome hiperquinético, su historia, su definición desde diferentes puntos de vista, su etiología, su sintomatología, su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento. Asimismo tener una idea clara -- de lo que se está haciendo en algunas instituciones mexicanas con respecto al niño hiperquinético mexicano, lo que está sucediendo con algunos niños hiperquinéticos mexicanos en su hogar y en la escuela, los problemas a que se enfrentan los sujetos y sus familiares, la manera en la que son atendidos y -- los problemas que enfrentan sus maestros. Se pretende también analizar en forma descriptiva lo que pasa con estos niños en su hogar, en la escuela y en las instituciones. Finalmente se elaborará un documento informativo, que en forma clara y sencilla, proporcione a padres de familia y maestros -- orientaciones y recomendaciones que le ayuden a detectar a --

temprana edad el problema y le orienten sobre la mejor manera de ayudar a sus hijos y alumnos a la solución del mismo.

Para llevar a cabo estos objetivos se realizó una investigación documental sobre lo que se ha escrito al respecto, encontrándose en este sentido la existencia de diversas concepciones desde el punto de vista de varios autores, cuyas interpretaciones destacan diferentes aspectos de este problema y que se pueden distinguir de manera general como sigue:-- Unos se dirigen a la importancia de la conducta del individuo la cual puede ser modificada por la estimulación y reforzamiento de la misma o de otras conductas para obtener las respuestas deseadas sin la necesidad de medicamentos; para otros el origen del problema se debe a trastornos orgánicos que, aunque no se manifiestan en los electroencefalogramas, el comportamiento del sujeto sugiere la existencia de una alteración orgánica por la aplicación de procedimientos clínicos. Otro de ellos, Ajuriaguerra (1978), aclara que existen factores psicológicos que asociados a un desarrollo inadecuado pueden ser responsables del trastorno, es decir, que cualquier daño o lesión de la estructura somática nos lleva a una alteración de la organización del VO. En nuestro medio se dispone de una mayor información derivada de la concepción que ubica las causas del problema en alteraciones de carácter orgánico y por lo cual nosotras nos apoyamos en tal línea de trabajo por ser la más explícita en su estudio y tratamiento, sin dejar de olvidar que, a pesar de esta disponibilidad, existen

muchos aspectos controvertidos y confusos en relación al problema hiperquinético.

Se realizó una investigación de campo que nos permitió-- conocer aspectos relevantes del problema en algunas institu-- ciones de nivel preescolar y primaria y la realidad que viven estos niños en relación a su hogar, su escuela y las institu-- ciones que los atienden. Se evidenció durante el desarrollo de este trabajo que en México no existe una información siste-- matizada que nos hable de la incidencia de este problema. -- Sin duda alguna, esto se debe en parte a que esta información sobre la incidencia varía según la definición y de acuerdo a las variables que se determinen tales como: edad, sexo, y la-- situación en la que se observa la actividad desde el punto de vista del observador. Los datos de los que se disponen no re-- sultan homogéneos.

Otro aspecto notorio es el poco conocimiento que manifes-- taban los propios padres de familia involucrados, los maes--- tros y la comunidad en general sobre lo que es la hiperquine-- sia y sus principales causas y manifestaciones, así como su -- pronóstico.

También se pudo observar que la carencia de especialis-- tas en este campo, repercute en la atención que se les brinda a estos sujetos cuya calidad se refleja en el diagnóstico y -- tratamientos, generalmente, incompletos ya que se atiende fun-- damentalmente lo pedagógico y lo médico, dejando a un lado el

tratamiento psicológico que es de gran importancia tanto para los niños, como para los padres de familia, ya que este tratamiento lograría quizá un pronóstico más alentador para este tipo de sujetos.

Los pasos del proceso del trabajo, así como los principales resultados obtenidos en este estudio, se integran en el presente documento y pretende ser la expresión de un esfuerzo que permitió organizar una serie de elementos dispersos, derivados tanto de la reflexión conceptual, como de las experiencias concretas y presentan un panorama a partir de las condiciones en las que el propio sujeto vive institucionalmente y, en consecuencia, la manera en que se pretende solucionar el problema.

Este documento se organizó de la siguiente manera: en una primera instancia se realizó una revisión de carácter teórico para ubicar conceptualmente el problema del síndrome hiperquinético y cómo es manejado desde diferentes puntos de vista (Capítulo I).

El Capítulo II se refiere a la información en el plano institucional que da a conocer la manera en que son manejados estos casos, por lo que se recurrió a las instituciones especializadas en donde son atendidos estos niños, principalmente los niveles de preescolar y primario. Se tuvo acceso a dos de estas instituciones: al Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar (CAPEP Coyoacán) y al Centro Pedagógico-

del Ajusco (escuela primaria particular que proporciona atención a niños con problemas de aprendizaje y conducta).

En el capítulo III se llevó a cabo un análisis más detallado de cinco casos considerados hiperquinéticos, los cuales fueron diagnosticados y tratados con base en los lineamientos establecidos en cada una de estas instituciones. Este análisis nos proporcionó una visión objetiva de la situación que viven estos niños en cuanto a su desarrollo; sus relaciones con familiares y amigos; sus características conductuales en el hogar, en la escuela y en la comunidad; sus problemas de aprendizaje; sobre las actitudes de sus padres en relación al problema (cómo lo asumen y qué soluciones le dan).

Con el propósito de ampliar y enriquecer la información obtenida en los casos, se llevaron a cabo las entrevistas a 10 madres de niños hiperquinéticos del Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar, Coyoacán (CAPEP) que se incluyen en el capítulo IV. De estas entrevistas nos referiremos a aspectos relacionados principalmente a las actitudes de los padres al enfrentarse a este problema, de qué manera le buscan solución, cómo influye la información que los padres de familia tienen al respecto, los problemas a los que se enfrentan estos niños y su adaptación social.

Recabada la información de cada capítulo, se realizó una integración sobre los aspectos más sobresalientes en cada uno de éstos.

Al finalizar el capítulo anterior se presentan las principales conclusiones a las que arribamos al finalizar el trabajo.

Como último esfuerzo de esta investigación, se elaboró un documento informativo, que en forma sencilla y práctica, proporcione a los padres de familia y maestros, orientaciones y recomendaciones sobre el problema, la importancia de su diagnóstico temprano, el trato más adecuado a estos niños, así como la manera en que padres de familia y maestros pueden contribuir a su solución. (Anexo C).

C A P I T U L O I

MARCO TEORICO

1. HISTORIA DE LA HIPERQUINESIS Y EVOLUCION DEL TERMINO

La Doctora Domeena C. Renshaw en 1986⁽¹⁾ menciona que -- dentro de la literatura más antigua de muchas partes del mundo, se hace manifiesta la existencia de anécdotas de niños hiperquinéticos.

La historia de la hiperquinesis parece iniciarse en el año de 1854, cuando Heindrich Hoffman, hace una descripción de un síndrome de inquietud motora, impulsividad y falta de respuesta al castigo, sin antecedentes de una patología neurológica mayor.⁽²⁾

En la década 1860-1870, los ingleses evidenciaban la --- existencia de problemas en los niños que respondían a las características de la hiperquinesis, mostrando como ejemplo el caso del niño "Peck", el cual era un niño que ponía de cabeza a padres, profesores y compañeros.⁽³⁾

G.F. Still en 1902⁽⁴⁾ publicó un trabajo aparecido en la revista Lancet, en el que describía la sintomatología que caracterizaba a estos "niños problema". ✓

F.G. Ebaugh en 1923⁽⁵⁾ hace mención a las secuelas neuropsiquiátricas de algunos padecimientos como la encefalitis, -- que causan cambios estructurales del cerebro.

Stryker S. en 1925⁽⁶⁾ por su parte descubrió 27 síntomas

propios de dichas secuelas entre los que mencionó algunos que en la actualidad se consideran como característicos del síndrome de disfunción cerebral: Inatención, inestabilidad emocional, irritabilidad, hiperactividad, problemas de sueño, desobediencia, etc.

Pollnow H. y Kramer P. en 1932⁽⁷⁾ describen la hiperactividad en el contexto moderno de escuela y hogar.

Kahn E. y Cohen L.H. en 1934⁽⁸⁾ encuentran como dato esencial de la hiperquinesia algún trastorno orgánico del tallo cerebral. Después la discusión se centró en torno a la posibilidad de daño cerebral ya fuera de los núcleos de la base o en la misma corteza, contribuyendo a este trabajo la aportación del Doctor Bradley C. en 1937⁽⁹⁾ sobre el uso de las anfetaminas en los trastornos de conducta infantil.

L.A. Lurie en el año de 1938⁽¹⁰⁾ tenía razón cuando decía que los paidopsiquiatras atribuían todos los trastornos de la conducta infantil a represiones, frustraciones, rechazos, identificaciones, sentimientos hostiles, etc. Era evidente que en esta época había una influencia excesiva de las ideas psicoanalíticas en torno a la psicopatología infantil.

Posteriormente los clínicos en su afán de aclarar esto, volvieron a retomar la valoración objetiva de los cambios estructurales y funcionales del cerebro, como principales responsables de ciertos trastornos de la conducta del niño.

Laufer M.⁽¹¹⁾ estudioso del síndrome de disfunción cerebral dice al respecto, que era una situación incómoda, incluso el de insinuar la incidencia de factores orgánicos, esto--conducía a una situación cercana al ostracismo, ya que en casi toda la primera mitad del siglo presente, la psiquiatría--infantil estaba dominada por las tesis psicoanalíticas.

Strauss A.A. y sus colaboradores en 1947⁽¹²⁾ fueron los primeros en describir un cuadro clínico completo en el que se ve afectada principalmente el área de la conducta.

En 1954 en el Instituto Internacional sobre psiquiatría--infantil, en Toronto, Canadá, Maurice W. Laufer, M.D.⁽¹³⁾ en colaboración con Denoff y Solomons, leyeron su ponencia titulada "Trastornos del impulso hiperquinético en problemas de comportamiento infantil", a partir de entonces muchos estudios se han dedicado a los aspectos clínicos, bioquímicos y académicos de tales niños, lo que impulsó el interés de otras especialidades médicas como la pediatría y psiquiatría al estudio del síndrome.

Ounsted C. en 1955⁽¹⁴⁾ en su conocido estudio sobre niños epilépticos fue el que describió por primera vez el síndrome hiperquinético, más tarde Lanfer en 1957 lo popularizó.

Después de haberse realizado diversos estudios de niños con daño cerebral comprobable, la atención volvió a concentrarse en el fondo orgánico de ciertos trastornos de la conducta.

Las Instituciones de salud y educativas empezaron a tomar en cuenta las explicaciones somatistas, viéndose muy pronto que algunas formas de comportamiento infantil se podían catalogar como patológicas, sin presentar evidencia de cambios estructurales del cerebro, que fueran responsables de los síntomas; - se buscaba el nombre menos comprometido para estos cuadros, - llamándolo síndrome de disfunción cerebral mínima, y aunque el daño físico del cerebro no es demostrable, las características de los niños que lo sufren hacen pensar que los cambios estructurales (o funcionales) existen. La semejanza de estos cuadros con los bien conocidos trastornos propios de las lesiones cerebrales es la razón por la cual se le dio este nombre. (15)

La conclusión a la que llegaron Clements S.D. y Peters-- J.E. en 1962⁽¹⁶⁾ sobre los principales datos identificables-- en la disfunción cerebral y comparándose síntomas y signos -- con los descritos por Ounsted hiperactividad, defectos de -- aprendizaje específicos con inteligencia normal, déficits perceptivo motores, impulsividad, inestabilidad emocional, inatención, incoordinación muscular, distractibilidad, signos -- neurológicos blandos, anormalidades electroencefalográficas - frecuentes, son los más significativos del síndrome.

Una gran cantidad de términos fueron utilizados para definir la entidad: daño cerebral difuso, daño cerebral, hiperquinesia, hiperactividad, daño cerebral mínimo, disfunción ce

rebral mínima, niño disléxico, niño con problemas de aprendizaje, niño perceptualmente obstaculizado, etc. Habiéndose en contrado 38 denominaciones diferentes como equivalentes del síndrome.

No existía una clara definición del síndrome, ya que no estaba perfectamente delineado dentro de un cuadro clínico y una historia natural siempre variable, sin embargo, el nivel de ambigüedad en la identificación de este desorden dista mucho de ser único. Se trataba entonces de un diagnóstico conductual como lo son otros de carácter psiquiátrico.

En 1963 como resultado de una reunión de especialistas, sostenida en Washington, se esclareció el término empleado en la identificación del síndrome y las posibilidades y validez del diagnóstico. (17)

Clements S.D. en 1966 (18) propuso en su reporte final -- una definición y descripción del síndrome, reduciendo de las noventa y nueve características de éste a diez de las más con sistentes: hiperactividad, impedimentos perceptivos motores, l abilidad emocional, incoordinación muscular, inatención, im pulsividad, desórdenes de la memoria y pensamiento, trastor-- nos específicos del aprendizaje, desórdenes del lenguaje, sig nos neuro lógicos blandos e irregularidades electroencefalográ ficas.

En 1968 la Asociación Americana Psiquiátrica, en la se--

gunda edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, publicó una definición de "la reacción--hipercinética de la niñez y la adolescencia", para unificar--criterios. (19)

Por su parte Wender P. en 1971⁽²⁰⁾ hace referencia a las causas y repercusiones del síndrome.

✓ A partir de 1980 este trastorno es denominado "trastorno deficitario de atención con hiperactividad", correspondiendo a una categoría diagnóstica ubicada dentro de los trastornos de la infancia, niñez y adolescencia, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M. III), --asignándole el número 314.01. (21)

Esta denominación tiene ventaja sobre los términos anteriores ya que permite aplicar criterios específicos concernientes a la inatención, impulsividad, e hiperactividad, el tiempo de los mismos y su etiología y por otra parte ayudará a las subdivisiones de los problemas de atención presentados por el niño según dicen los médicos residentes del segundo --año de especialidad de medicina general familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.).

William Cruickshank en 1984⁽²²⁾ enumera las características primordiales de esta entidad, enfatizando los procesos --educativos y de rehabilitación que pueden implementarse en la familia, en el hogar y en la comunidad. ✓

2. DEFINICION DEL SINDROME HIPERQUINETICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE VARIOS AUTORES

La Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.) por su parte caracteriza este síndrome en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M. III) de la siguiente manera: (23)

"Los síntomas primordiales que caracterizan a este trastorno son la impulsividad y la falta de atención, ambos inapropiados para la etapa del desarrollo... En este Manual el trastorno ha recibido el nombre de Trastorno por déficit de atención, ya que las dificultades de atención son considerables y casi siempre están presentes en los niños con este diagnóstico. Además, aunque se observa una disminución de la actividad motora excesiva durante la etapa de la adolescencia en los niños afectados por este trastorno, suelen persistir las dificultades por la atención.

Hay dos subtipos del trastorno activo: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, aunque se desconoce si se trata de dos formas de un mismo trastorno o si se representan dos trastornos distintos. Finalmente, hay un subtipo residual para los individuos diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la hiperactividad desaparece mientras persisten otras manifestaciones del trastorno.

314.01 Trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

Los síntomas básicos se caracterizan por signos de desarrollo inadecuado, como falta de atención, impulsividad e hiperactividad...

Sintomatología asociada. La sintomatología asociada varía en función de la edad e incluye obstinación, testarudez, negativismo, chabacanería, fanfarronería, aumento de la labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, temperamento explosivo, baja autoestima y falta de respuesta a la disciplina.

Comienza de forma típica a la edad de 3 años, aunque es frecuente que el trastorno no precise atención profesional hasta que el niño va a la escuela...

314.00 Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad.

Todos los síntomas son similares a los que se presentan en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, exceptuando la presencia de hiperactividad...

314.80 Trastorno por déficit de atención, tipo residual.

Criterios diagnósticos para los trastornos por déficit de atención, tipo residual.

- A. El individuo debe reunir en primer lugar los criterios para los trastornos por déficit de atención con hiperactividad...
- B. Los signos de hiperactividad ya no están presentes, pero persisten otros signos de la enfermedad, sin periodos de remisión, que reflejan la impulsividad y el déficit de atención...
- C. Los síntomas de impulsividad y falta de atención dan lugar a algún tipo de deterioro en la actividad social o laboral.
- D. Todo ello no se debe a un tipo de esquizofrenia, ni a un trastorno afectivo, ni a un retraso mental grave o profundo".

En la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud se encontró esta definición- (ICD-9): (24)

"314. Síndrome Hiperquinético de la Infancia (Hiperkinetic Syndrome of Childhood). El criterio para el diagnóstico utiliza como datos fundamentales la distractibilidad, la desinhibición, la hiperactividad, la impulsividad, los cambios marcados de humor y la agresividad".

Rafael Velasco Fernández⁽²⁵⁾ nos dice:

"De acuerdo con nuestra experiencia y según podemos concluir de la revisión más o menos extensa del trabajo relevante de otros muchos autores, el diagnóstico del síndrome se justifica cuando están inequívocamente presentes los siguientes datos: Hiperactividad, Impulsividad, Retraso en el desarrollo de habilidades específicas, Incapacidad para comprender y cumplir órdenes (desobediencia patológica) Sintomatologías presentes desde antes de los siete años, Trastornos de conducta variables y ausencia (segura).

En uno de los artículos de la revista de la Facultad de Medicina⁽²⁶⁾ elaborado por los médicos residentes del segundo año de la especialidad de medicina general familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.): Doctor Gerardo A. Brambila; Doctora Catalina Monroy C. y otros definen como desórdenes con déficit de atención: "El niño Hiperquinético" como:

"Trastorno caracterizado por hiperactividad, inquietud, distractibilidad y poca atención, especialmente en niños pequeños con inteligencia normal, mejorando su comportamiento durante la adolescencia".

En 1963 como resultado de una reunión de especialistas - sostenida en Washington, Clements S.D.⁽²⁷⁾ encabezó uno de esos grupos y en 1966 en su reporte final da la siguiente definición-descripción del síndrome:

"El Término 'Disfunción Cerebral Mínima' se refiere a un cuadro clínico que presentan ciertos niños cuya inteligencia es normal o muy cercana a la normal que sufren trastornos de aprendizaje que van de moderados a severos asociados a discretas anomalías del sistema nervioso central. Tales desviacio-

nes se manifiestan como trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención y -- control de los impulsos motores.

Las anomalías parecen estar relacionadas con variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, -- lesiones cerebrales perinatales, otras enfermedades que afectan el sistema nervioso central durante períodos críticos de su maduración, o bien a causas -- desconocidas".

Domeena C. Renshaw⁽²⁸⁾ en 1974 nos dice que la Asociación Americana Psiquiátrica en un intento por poner orden en el caos da una definición de "Reacción Hiperkinética de la -- niñez o adolescencia":

"Este trastorno se caracteriza por hiperactividad, -- inquietud, distractibilidad y poca capacidad de -- atención especialmente en niños pequeños".

Rafael Velasco Fernández en 1980⁽²⁹⁾ hace la definición de la siguiente manera:

"La disfunción cerebral mínima con o sin lesión demostrable es el antecedente de las dramáticas manifestaciones del síndrome hiperkinético... Los signos que dependen directamente de la disfunción cerebral, a saber, la hiperquinesia, la inatención y -- la impulsividad, se le deben agregar otras de mayor variabilidad y menor especificidad que dependen más de las relaciones interpersonales... que son las -- que matizan el cuadro general". (Ver cuadro de sinomatología, Pág. 31).

Woodward D.H. y Biondo N. en 1976⁽³⁰⁾ hacen referencia -- al niño hiperkinético como un "niño diferente" sin catalogar

lo como lo hacen los autores anteriormente mencionados. Ellos dicen:

"Su comportamiento resulta imprevisible; sus respuestas son bizarras y a menudo ininterpretables. Sus gustos y disgustos parecen estar dejados totalmente al azar. No encajan en el sistema social, no encajan en el sistema escolar y tienen dificultades para ubicarse en el marco de las expectativas familiares".

El Doctor Rafael Velasco Fernández en 1983⁽³¹⁾ señala -- que actualmente existen dos posiciones extremas: la que sostiene que el síndrome es un mito (como lo dice el Dr. Rie --- (1980) en donde el diagnóstico es un simple proceso que satisface en los rotuladores de enfermedades sus necesidades personales, sociales, económicas y políticas) y la que da por he-- cho no sólo la existencia clínica del síndrome, sino inclusive su etiología "evidentemente orgánica".

Una vez revisadas las diferentes definiciones sobre el -- término se puede percibir que todos los autores definen este -- trastorno con diferentes términos, asimismo, las características del diagnóstico varían de unos a otros, aunque se puede -- observar que algunas de éstas prevalecen como sería la hiper-- actividad, la inatención, la impulsividad, la inmadurez, la-- desobediencia patológica, así como la presencia del trastorno antes de los siete años, por lo que se puede pensar que esas -- son las más peculiares del trastorno.

Actualmente existen dos posiciones extremas (ya menciona

das anteriormente) la que dice que el síndrome es un mito y -- la que da por hecho la existencia clínica de Este. Ahora -- bien como dice R. Velasco⁽³¹⁾ la situación de que el trastorno no se presente definido en el examen neurológico, no deja de hacernos pensar que la conducta misma es una manifestación de la función cerebral y que los cambios importantes que en -- aquella ocurren deben corresponder a su vez a importantes cam -- bios funcionales, por lo que este trastorno será clasificado -- dentro de los cuadros denominados orgánicos.

Ahora bien, al analizar las definiciones y al encontrarse gran diversidad en la nomenclatura de este trastorno así -- como en sus características, hubo la necesidad de adoptar una de ellas para el desempeño más claro del trabajo. Se eligió -- el término de Síndrome Hiperquinético ya que de esta manera -- se abarcan todas las características que lo definen, sin ex -- cluir ninguna de ellas, haciendo resaltar la más relevante de -- ellas que sería la hiperquinesia. Es decir, "Síndrome, se re -- fiere al conjunto de características que conforman un fenóme -- no. 'Hiperkinesia' se forma en las raíces griegas Hiper (ele -- vado, exceso) y kinesis (movimiento). Etimológicamente se -- traduce como el conjunto de características observables de -- una enfermedad, uno de cuyos síntomas es la actividad motora -- excesiva.⁽³²⁾

Para este trabajo el síndrome hiperquinético se caracte -- rizaría por la manifestación más o menos persistente de los --

diferentes trastornos mencionados como serían hiperquinesia, inatención, irritabilidad, impulsividad, incoordinación muscular, disforia, desobediencia patológica, y trastornos en el aprendizaje y como lo señala Rafael Velasco F.⁽²⁹⁾ bastaría solamente la presencia de tres de éstas en el sujeto y que éstas tuvieran cierta persistencia (6 meses) y se presentaran antes de los 7 años y no tuvieran como causa alguna otra enfermedad, para que fuera diagnosticado niño con Síndrome hiperquinético.

3. ETIOLOGIA DEL SINDROME HIPERQUINETICO

Rafael Velasco Fernández en 1980⁽³³⁾ hace referencia a la etiología de este síndrome señalando las causas más frecuentes.

Primeramente hace una clasificación refiriéndose a aquellas según el momento en que actúan y dice que éstas pueden dividirse en:

- Las que afectan al producto mientras permanece en el útero (preparto).
- Las que lo hacen durante el parto (periparto, factores para natales).
- Las que afectan al niño después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de vida (postparto).

Aclarando que las segundas causas son las más importantes y frecuentes, dice que del 70% al 80% de los casos pertenecen a éstas. En tanto que las prenatales se presentan en el 10 ó 15% y las restantes actúan ya en la vida extrauterina.

Los factores prenatales más frecuentes, según el autor, son:

- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubiolla y toxoplasmosis.
- Anoxia del producto "in útero", producida generalmente por las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infarto placentario, etc.
- Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragia) producida por toxemia del embarazo o de otro origen; por trauma directo, diátesis hemorrágica, etc.
- Exposición excesiva a los rayos X.
- Disturbios metabólicos, especialmente la diabetes mellitus.
- Factor RH, causa Kernicterus.

Entre los factores paranatales que actúan durante el parto se encuentran:

- 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 hipotensión pronun-

ciada. Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, introducción de ocitócicos, etc.

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

- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tosferina, el sarampión, la escarlatina y las neumonías, también la encefalitis y la meningitis.
- Traumatismos craneanos.
- Secuelas debidas a incompatibilidad del factor RH.
- Neoplasias cerebrales.
- Anoxias accidentales pasajeras.

Señalando también el autor que existen antecedentes de niveles bioquímicos que a su vez son los principales antecedentes causales del síndrome.

Para concluir el autor dice que todo en término de "organicidad" como explicación única de la etiología de este cuadro, es incompleto e inoperante, ya que los estímulos que pueden dañar al organismo al grado de un estado patológico son de naturaleza física, psicológica y social. (34)

"Lo que queremos expresar es que en el caso del llamado síndrome de disfunción cerebral, la naturaleza de los trastornos conductuales parece estar relacio

nada principalmente con cambios estructurales, sino los cuales los síntomas pudiendo estar presentes -- por la acción de otros estímulos serían distintos -- en sus manifestaciones cualitativas. Y aceptamos -- que se trata de una inferencia de una formulación -- que permanece aún como hipótesis, pero con muchas -- posibilidades de verificación".

Por su parte Domeena C. Renshaw 1974⁽³⁵⁾ señala que en especial no ha sido aceptada una causa específica de la patología de la reacción hipercinética en la niñez. Lo que describe a continuación como causas del síndrome hipercinético -- está todavía en una fase hipotética o especulativa de estudio. "Lesión cerebral mínima", "disfunción cerebral mínima", "inmadurez de los tejidos cerebrales", "tensiones postnatales" y "bases bioquímicas".

En el Diccionario Enciclopédico de Educación Especial -- 1986⁽³⁶⁾ hacen referencia a varios autores, los cuales señalan como la etiología de este síndrome: Reducida estabilidad del sistema nervioso (Routh, 1978); Mecanismos de inhibición-deficitario del sistema nervioso (Barkley, 1977); Procesamiento cortical de la información disminuida (Montagu, 1975); Retraso en el desarrollo y Mielinización de la corteza prefrontal con o sin disfunción diecefálica (Satterfield, 1973).

La etiología de este síndrome^{(37)*} se ha intentado explicar por medio de la multicausalidad, de esta forma se ha recu

* Los datos que a continuación no se enumeran con referencia bibliográfica fueron tomados de la tesis de Luis Solís Rojas.

rrido a la genética, la bioquímica, los factores ambientales (tanto maternos como fetales), para sustentar el cómo se produce este fenómeno.

Por su parte Palframan 1980 hace referencia a tres principales situaciones etiológicas: a) Desarrollo inadecuado a--desviación estructural no traumática del sistema nervioso central; b) Daño estructural debido a traumatismo, infección sangrado o hipoxia; c) Funcionamiento anómalo sin cambios estructurales reales conocidos, pero debido quizá a una insuficiente o excesiva estimulación resultado a su vez de factores intracerebrales o externos. (De parte de los padres).

En la tesis realizada por el Doctor Luis Solís Rojas -- (1987) se menciona que varios autores recalcan la importancia de los factores genéticos en la producción del síndrome y es así como este trastorno se presenta en más de uno de los miembros de la familia. Los estudios de Cantwell, Morrison, Ló--pez, Willerman apoyan la importancia de esto, siendo estos estudios de gran importancia cuando se analizan en conjunto. -- Hoy por hoy se acepta la idea de que la genética juega un -- cierto papel en la etiología del trastorno de atención con hiperactividad.

Los estudios anatomoclínicos no han encontrado alteraciones anatomoclínicas que a manera de explicación causa-efecto, directamente expliquen el trastorno de atención con hiperactividad. Por otro lado Olds refiere la posibilidad de que el -

cerebro medio (zona relacionada con reacciones al reforzamiento y respuesta al castigo) se encuentra afectado en niños con síndrome hiperquinético.

Satterfield en 1972 sugiere que la latencia prolongada y las bajas amplitudes a la respuesta de potenciales auditivos-evocados, son evidencia de inmadurez neurofisiológica en el niño con trastorno de atención con hiperactividad.

Luria en 1973 por su parte nos dice que la inmadurez en los lóbulos frontales de los niños que padecen trastorno de atención con hiperactividad impiden a las conductas sensorio-motrices ser integradas de manera uniforme así como a los ajustes cognitivos y sociales los cuales son también poco uniformes.

Hoffer en 1972 habla de una deficiencia vitamínica (piridoxina) o la de Feindolo, el cual dice que los aditivos y conservadores de ciertos alimentos (Bensoato de sodio), así como los salicilatos pueden provocar una respuesta alérgica o irritante en el cerebro, el cual responde con una conducta hiperactiva.

Varios autores (Ajuriaguerra J. 1978 y Lara T. 1976) han mencionado la importancia de los factores psicológicos que -- asociados a un desarrollo inadecuado pueden ser responsables del trastorno. Ellos plantean que cualquier daño o lesión de la estructura somática nos lleva a una alteración de la organización del VO.

Menciona, además, que los niños que presentan este trastorno, posiblemente poseen un defecto primario de tipo encefálico, el cual tiende a producir una organización atípica del VO caracterizada por una pobreza funcional y una defectuosa capacidad integradora.) Añade que las deficiencias organizativas pueden partir de una insuficiente o excesiva estimulación o a que éstas se proporcionan en un estado inadecuado o se encuentran asociadas a experiencias traumáticas (papel importante de la madre en el proceso de maduración Voica).

Este insuficiente desarrollo de las funciones del VO, de terminan la dificultad para el establecimiento de las relaciones objetales, manifestándose en una relación de manera superficial o inconsistente.

Ajuriaguerra J. en 1978 por su parte comenta que este tipo de niño no ha satisfecho adecuadamente sus impulsos, ya sea por insuficiencia o exageración pulsionales, presentando este niño dificultades para el control de su motilidad, de la memoria, etc., y como resultado de la debilidad del VO, junto con la existencia de mecanismos defensivos primitivos (negación, proyección, evitación, etc.) no existiendo otros más evolucionados como la sublimación.

Por otra parte la carencia de figuras parentales consistentes, generan una falla en el proceso de identificación, si a esto se le agrega un pobre desarrollo de las funciones del VO, el resultado es un desarrollo inadecuado de la instancia-

psíquica conocida como el SUPERYO; y así la conciencia moral y la censura o la culpa, son mínimas o no existen, de la misma manera existe una poca tolerancia a la frustración con poca capacidad para postergar la gratificación producto todas ellas de la debilidad VOICA.

4. SINTOMATOLOGIA DEL SINDROME HIPERQUINETICO

El cuadro clínico de este síndrome no está perfectamente delineado, pero los síntomas que señalan los diferentes autores encierran en sí la misma esencia.

Algunos señalan como síntoma indispensable para diagnosticar al niño hiperquinético, la existencia de alguna lesión cerebral, para otros no es necesaria la existencia de ésta, pero hacen depender la existencia del síndrome de la demostración de la lesión estructural del cerebro, es decir, no existe el daño en el cerebro pero sí una lesión en la estructura de éste.

También indican que no existe un patrón único de síntomas y que éste puede variar de niño a niño, aclarando que estos síntomas no son fácilmente identificables, sin embargo esto no demuestra la inexistencia del síndrome.

Así Domeena C. Renshaw en 1974⁽³⁸⁾ dice que para considerar a un niño con reacción hiperkinética es necesario que ---

cuando el niño esté cercano a los cinco años presente de manera persistente y recurrente por lo menos la mitad de los signos que se enumeran a continuación:

- Actividad continua y sin objeto.
- Corta capacidad de atención.
- Mucha distracción.
- Mucha excitabilidad; emociones lábiles (pasando del llanto a la risa en espacio de minutos).
- Impulsos incontrolados (parloteo, golpes, brincos, etc.).
- Mala concentración (ante cualquier estímulo, incapacidad de distinguir una cosa de otra).
- Indiferencia al peligro y al dolor.
- Poca respuesta a la recompensa o al castigo.
- Destruktividad, agresividad, mentiras, robos, berrinches.
- Constantes choques con cuanto lo rodea (incluyendo animales domésticos).
- Propensión a los accidentes; torpeza; coordinación motora--deficiente.
- Problemas de lenguaje.
- Estrabismo.
- Dificultades de percepción; problemas audiovisuales.
- Predominio mezclado de la derecha y la izquierda (por ejemplo, diestro con las manos y zurdo con las piernas).
- Irregularidad en las etapas del desarrollo (por ejemplo, empezar a andar sin haber gateado; proferir frases sin haberbalbuceado).

- Poca limpieza al dibujar, colorear y escribir (encimamiento de líneas; incapacidad de trazar líneas paralelas; incapacidad de circunscribirse a ciertos límites).
- Incapacidad de completar algo espontáneamente; necesidad de continuos recordatorios. (Para comer, para vestirse, para hacer la tarea).
- Incapacidad para ejecutar actividades coordinadas (por ejemplo, juegos colaborativos, montar en bicicleta, hacer gimnasia).
- Sociabilización deficiente; tendencia a las querellas; falta de respeto hacia las necesidades o propiedades de los demás; incapacidad de hacer amigos, conducta conflictiva.
- Trastornos del sueño.
- Necesidad de supervisión constante.

A continuación se describe el cuadro en el que Rafael Velasco F. en 1980⁽³⁹⁾ agrupa estos síntomas en ocho secciones-descriptivas con fines prácticos y que ha sido adoptado en la guía de diagnóstico de Síndrome Hiperquinético, por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1981).

1.- Hiperquinesia

- a) Destructibilidad
- b) Hiperactividad verbal
- c) Trastornos del sueño
- d) Agresividad

- 2.- Inatención
- a) Hiperactividad sensorial
 - b) Distracción
- 3.- Irritabilidad
- a) Conducta impredecible
 - b) Baja tolerancia a la frustración
- 4.- Impulsividad
- a) Conducta antisocial
 - b) Enuresis, encopresis
 - c) Temeridad
- 5.- Incoordinación muscular (dispraxia)
- a) Torpeza corporal
 - b) Disgrafía
 - c) Ineptitud deportiva
 - d) Disartrias, Dislalias
- 6.- Disforia
- a) Anhedonia
 - b) Ansiedad (depresión)
 - c) Deficiente autoestima
- 7.- Desobediencia patológica
- a) Incomprensión de órdenes
 - b) Repetición de la falta
 - c) Incomprensión del castigo
- 8.- Trastornos del aprendizaje
- a) Problemas visomotores, dislexia
 - b) Disociación figura-fondo
 - c) Inversión del campo visual
 - d) Perseverancia
 - e) Memoria deficiente
 - f) Pobre imagen corporal

En el D.S.M. III⁽⁴⁰⁾ se señalan las siguientes características como las más comunes a este síndrome:

- Hiperactividad o hiperquinesia (es el más aparente trastorno de conducta y se reconoce como un estado de motilidad casi permanente, es más notorio en la edad escolar).
- Impulsividad (es la pérdida de la capacidad para manejar o planear su conducta, sin considerar las consecuencias sociales mediatas o inmediatas de sus actos).
- Inatención (es producto de la distractibilidad del niño impidiendo concentrar la atención y obstaculizando el proceso de aprendizaje).
- Síntomas asociados: Los síntomas asociados al trastorno varían en función de la edad, siendo más floridos y graves en los niños menores de ocho años, ocurriendo lo contrario en aquellos de más de diez años.

Estos síntomas incluyen:

- 1.- Perseverancia (el efecto prolongado de un estímulo sobre las actividades posteriores a que el niño se dedique).
- 2.- Testarudez.
- 3.- Negativismo.
- 4.- Fanfarronería.
- 5.- Aumento de la labilidad emocional.
- 6.- Baja tolerancia a la frustración (bajo umbral de resistencia a los eventos o situaciones desagradables).
- 7.- Falta de respuesta a la disciplina.

5. DEFINICION Y DESCRIPCION DE LOS SINTOMAS

HIPERACTIVIDAD:

Es uno de los síntomas más importantes para hacer el diagnóstico del síndrome.

Se puede decir que la actividad motora es inversamente proporcional a la edad, por tanto es de esperarse que en niños pequeños sea ésta más abundante y desorganizada que por ejemplo la de los escolares, a los cuales la exigencia en el salón de clase, les hace reprimir la conducta motora. Esta, en niños hiperquinéticos, se manifiesta con un estado de movilidad casi permanente, lo cual obliga al niño a estar hiperestimulado y esta movilidad se manifiesta en todo lugar. Hay que hacer notar que ciertos autores señalan que la hiperactividad ocurre también en los niveles sensoriales.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia y por tanto la producción verbal, en este tipo de niños, es muy amplia y disgregada. El Dr. Rafael Velasco -- F. (40) considera que existen dos conductas que se derivan directamente de la hiperactividad; éstas son: la destructividad y la agresividad, la primera se reconoce fácilmente en el hogar y la segunda generalmente se dirige con mayor frecuencia hacia los demás niños, hermanos o en contra de los animales. (41)

TRASTORNOS DEL SUENO:

Estas son las dificultades que presenta el niño para la iniciación o despertamiento después de unas horas o bien actividad durante el mismo. ⁽⁴²⁾

INATENCION:

Esta está relacionada con la hiperactividad sensorial, -- la cual interfiere en la concentración; limitando además la posibilidad de continuar las tareas que se aprenden y el niño parece olvidar fácilmente lo que aprendió poco antes. Cruickshank W. (1984) ⁽⁴³⁾ afirma que el niño no es capaz de discriminar los estímulos verdaderamente útiles para el aprendizaje y por lo tanto se interfiere en el proceso del mismo. ⁽⁴³⁾

IMPULSIVIDAD:

Nos dice Rafael Velasco en 1980 ⁽⁴⁴⁾ que el niño actúa de acuerdo a sus deseos inmediatos sin pensar en las consecuencias de sus actos. Por otro lado se puede decir que también el trabajo escolar es impulsivo y descuidado, observándose -- frecuentes errores debidos a la misma.

Existe también un precario control de las emociones y capacidad disminuida para la espera, lo que puede provocar frustración al no tolerar la demora de sus satisfacciones.

La impulsividad se puede expresar en la falta de control de los esfinteres.

TESTARUDEZ:

Está relacionada con lo que se denomina desobediencia patológica y que es la incapacidad de algunos niños para comprender órdenes verbales, la desobediencia puede darse en cual

quier situación y es el punto de partida de conflictos entre el niño y el adulto.

Esta tiene mucha relación con la dificultad del niño para responder al castigo. (45)

IRRITABILIDAD:

Tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o enojo. Dos hechos se presentan como consecuencia de la irritabilidad; escaso control sobre su conducta que se vuelve imprevisible a la vista de los adultos y por otro lado una baja tolerancia a las frustraciones la cual se manifiesta en forma de rabieta y "berrinches" incontrolables. (46)

INCOORDINACION MUSCULAR:

Torpeza general en la ejecución de sus actos motores (movimientos finos y gruesos) dentro del ambiente familiar o escolar. (47)

DISFORIA:

"Estado de tristeza y ansiedad asociados a excitación y excitabilidad aparentemente inexplicables". Está caracterizada por la anhedonia, la cual es la incapacidad para experimentar placer, manifestándose por sobreexcitación sin que la situación vivida amerite tal estado; por la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad. (48)

ANSIEDAD:

"Sentimiento displacentero que implica la idea de un peligro inminente, totalmente indeterminado, no cristalizado todavía. Es acompañado de una serie de síntomas físicos que -- dan al sujeto ansioso la sensación de desorganización y aniquilamiento ante el peligro". (49)

DISLALIA:

"Dificultad para hablar (del griego laleo: hablar) impedimento parcial para pronunciar adecuadamente las palabras". (50)

DISARTRIA:

"Trastornos de lenguaje hablado debido a defectos que impiden coordinar la musculatura de la fonación y en consecuencia la correcta articulación de las palabras". (51)

DEFICIENTE AUTOESTIMA:

Se traduce en los niños como seres incapaces, diferentes y malos. (52)

PROBLEMAS VISOMOTORES:**DISOCIACION FIGURA FONDO:**

"Cruickshank en 1984 (53) explica que el niño no puede integrar los estímulos en un todo o conjunto perceptual, sino - que percibe los objetos fragmentados (ven los árboles pero -- nunca el bosque). El niño no es capaz de integrar los deta--

lles en su totalidad y así al presentarle un estímulo visual- y pedirle que lo reproduzca, lo invierte, lo fragmenta o lo mutila, esto se traduce posteriormente en disgrafía, dislexia o deletreo de palabras o en su caso en trastorno específico-- del cálculo o la música".

INVERSION DEL CAMPO VISUAL:

"Los estímulos del fondo perceptual predominan sobre el estímulo que se encuentra en primer plano". (54)

DEFICIENTE MEMORIA:

Dificultad fundamental para recordar eventos tanto a cor to como a largo plazo. (Cruickshank 1984). (55)

POBRE IMAGEN CORPORAL:

Deficiente conocimiento de las porciones del cuerpo y su falta de integración. (56)

6. DIAGNOSTICO DEL SINDROME HIPERQUINETICO

Rafael Velasco Fernández en 1980⁽⁵⁷⁾ afirma que la función del diagnóstico es la de dar una evaluación cuidadosa de la sintomatología la cual nos va a permitir el manejo del caso y en la medida posible, establecer un pronóstico.

Lo más importante en materia de psicopatología infantil es el establecer un diagnóstico descriptivo.

El mismo autor nos señala que los recursos clínicos utilizables para la sospecha de dicho síndrome son según en orden de importancia los siguientes:

1.- Historia clínica: (considerada como la fuente más importante de datos cuya correcta valoración permite un diagnóstico de presunción y con frecuencia una definición completa).

Los aspectos más importantes que aporta esta historia -- son:

- a) Los antecedentes personales, patológicos y no patológicos.
- b) La historia del desarrollo psicológico del niño.
- c) La sintomatología actual.
- d) La exploración psiquiátrica.
- e) La exploración física, sobre todo la neurológica.

La anamnesis (interrogatorio sobre las situaciones pasadas y presentes) es la parte fundamental de la historia clínica. Los padres y principalmente la madre, constituyen la --- fuente de datos.

Es importante también el interrogatorio a profesores y al trabajador social que proporcionan datos sobre la situación socioeconómica y en general de la familia.

La historia del desarrollo psicobiológico del niño es -- útil para el diagnóstico sobre todo si aporta datos sobre problemas de lenguaje, sueño, de la coordinación motora en general, etc. Sobre todo el descubrimiento de una marcada hiperquinesia desde muy temprana edad.

2.- Examen Neurológico: El autor señala que este debe -- ser completo, ya que si bien el síndrome no incluye trastor--nos neurológicos severos nos puede dar datos de los llamados--signos neurológicos blandos, los cuales revelan un significa--tivo retraso del desarrollo de una o más de estas funciones:-- lenguaje, coordinación motora, percepción, diferenciación de--recha-izquierda y coordinación visomotora.

Las pruebas que pueden ser practicadas fácilmente en el--consultorio del paidopsiquiatra y que indican los signos neu--rológicos ligeros son:

- a) Prueba dedo-nariz: consiste en que el niño toque con el dedo índice alternativamente, la punta de su nariz y el dedo del examinador.
- b) Mover los globos oculares de la siguiente manera: estando el niño y el examinador frente a frente se le ordena a -- aquel que siga exclusivamente con los ojos un objeto, generalmente una pluma que el médico mueve en diferentes senti--dos.
- c) Prueba del tocamiento simultáneo: sirve para poner en evi--dencia la incapacidad de estos pacientes para diferenciar--

dos estímulos táctiles cuando se le aplican al mismo tiempo en la piel.

- d) Se le denomina (Simultagnosia) 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 realiza.
- e) Prueba que se relaciona con la deambulaci3n: hacer caminar al ni1o con las puntas o los talones de los pies, pedirle que camine por una l1nea tocando con el tal3n de un pie la punta del otro, hacerle caminar sobre un riel, etc.
- f) Prueba de grafestesia: consiste en que el ni1o identifique la letra, que en su espalda hemos trazado con nuestro dedo Indice.
- g) Prueba de vestirse y desvestirse: aporta datos acerca de la incoordinaci3n tanto de movimientos gruesos como finos.
- h) Otra prueba consiste en ordenar al ni1o que se siente frente al examinador y flexione una pierna para que su tal3n -- toque la rodilla contraria y resbale por toda la tibia hasta el suelo.
- i) Pedir al ni1o que extienda hacia adelante los brazos con las palmas de las manos vueltas hacia abajo mientras mantiene los ojos cerrados, pueden observarse discretos movimientos coreiformes y accesorios.
- j) Prueba de sinquinesia: realizar movimientos complicados -- con un miembro, observándose que se producen al mismo tiempo movimientos parecidos en el miembro opuesto.

- k) Pedirle al niño ciertos movimientos que se le han mostrado y se le pide que los ejecute con rapidez (acostados en decúbito dorsal levantar primero el brazo izquierdo y la pierna derecha y después, alternativamente los otros dos miembros). Llamándosele *adiadococinesia* a la dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos. Normalmente después de un principio titubante e incierto, casi todos los niños mayores de cinco a seis años pueden hacerlo exitosamente.
- l) Prueba de *Esterognosia*: es la facultad que se tiene de percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpamos pese a no verlos.
- m) *Movimientos con la lengua*: pedirle al niño que repita el movimiento que hacemos con la lengua (ejercicios sencillos como tocarse con la lengua la punta de la nariz, la barbilla y ambas comisuras labiales).

Todos los ejercicios mencionados anteriormente se sugieren que se realicen en forma de juego, para establecer un buen rapport en un clima agradable.

3.- *Electroencefalograma*: El resultado de éste no hace el diagnóstico, pero en ocasiones nos proporcionará datos irrefutables del trastorno estructural del cerebro (ya que aun en los casos de niños normales los resultados de este estudio pueden presentar un trazo francamente anormal y viceversa, un niño que presenta la sintomatología del síndrome puede tener un E.E.G. totalmente normal).

4.- Pruebas Psicológicas y Psicopedagógicas: Estas revisten cierta importancia para el diagnóstico y posiblemente mayor importancia para el pronóstico de las dificultades de --aprendizaje característicos del síndrome. En general se recomienda la aplicación de las siguientes pruebas: prueba de Matrices Progresivas de Raven, la prueba de Goodenough, la de WISC (Weschler Intelligence Scale for Children), para establecer el cociente intelectual y otros datos de mayor interés. - En cuanto a la prueba de Goodenough además nos aportará datos sobre la imagen corporal que tiene el niño ya sea en forma --confusa o deformada, aunque estos datos se ven más claros en la prueba de Machover (dibujo de una persona). La de Bender- (prueba Visomotor de L. Bender) ayuda a descubrir las dificultades visomotoras y demostrar la organicidad cerebral. La batería de pruebas de integran la prueba de Marianne Frostig --(prueba del desarrollo de la percepción visual) aporta datos para diagnosticar las dificultades del aprendizaje; cuando la causa es la disfunción cerebral, esta prueba nos aporta los --siguientes datos: a) pobre coordinación mano-ojo; b) disturbios en la capacidad para la discriminación figura-fondo; --c) severos problemas para analizar las relaciones espaciales.

Otra prueba que proporciona datos sobre la retención visual es la de Benton (1955)⁽⁵⁸⁾ "retención visual", que es empleada con niños de ocho o más años así como en adultos y se le considera de especial interés en el caso de verdadero daño cerebral.

La prueba para conocer los trastornos de la memoria, comunes entre los niños de dicho síndrome, pueden investigarse con una prueba sencilla de 15 palabras de Rey adaptada por -- Taylor.

El autor señala importante para el diagnóstico la valoración del síntoma hiperquinesia tomando como base la escala de Werry, Weiss y Pethers (1969);⁽⁵⁹⁾ nos señalan para esto:

ESCALA DE ACTIVIDADES DEL NIÑO

En el hogar (durante las comidas)

	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 la televisión)

	nunca	algo	mucho
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)

	nunca	algo	mucho
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 los otros	0	1	2
17) No mide el peligro	0	1	2
18) Muestra impulsividad	0	1	2
19) Muestra perseveración	0	1	2

En el hogar (durante el sueño)

	nunca	algo	mucho
20) Dificultades para iniciar el sueño	0	1	2
21) Sueño insuficiente	0	1	2
22) Muestra inquietud mientras duerme (movimientos, rechinar los dientes, etc.)	0	1	2

Fuera del hogar (no en la escuela)

	nunca	algo	mucho
23) Inquietud en los vehículos	0	1	2
24) Inquietud durante las compras (tocar todo, jugar, etc.)	0	1	2
25) Inquietud en la iglesia o cine	0	1	2
26) Inquietud durante las visitas	0	1	2
27) Desobediencia constante	0	1	2

En la escuela

	nunca	algo	mucho
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

NOTA: Cualquier puntuación mayor a los 15 puede considerarse significativa.

5.- Diagnóstico Diferencial: El autor señala que de acuerdo con lo dicho hasta ahora el diagnóstico es fácil cuando es posible comprobar la existencia de los síntomas principales - tales como: la hiperreactividad verdadera, inatención, hiperactividad y desobediencia patológica y si además la exploración física descubre los signos a los que se hizo referencia.

Sin embargo cabe señalar, que la levedad de los síntomas o signos, o bien la presencia de otros datos de dudosa clasificación (neuróticos o psicóticos) colocan al clínico en una situación más difícil.

Los cuadros que más se pueden parecer a dicho síndrome, - si se tienen en cuenta solamente los datos de comportamiento, son los correspondientes a la llamada "inmadurez" y a ciertas formas de la deficiencia mental o retardo.

En lo que se refiere al diagnóstico diferencial se debe establecer la distinción con el niño psicótico, el hiperansio

so, el de reacción agresiva antisocial, el portador de variantes epilépticas y a los portadores de Corea de Sydeham, difunción cerebral orgánica postraumática, síndrome cerebral orgánico encefálico, retardo mental y síndrome cerebral tóxico-orgánico. (60)

La doctora Domeena C. Renshaw en 1974, dice que en el -- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -- (D.S.M. III) (61) se señala el diagnóstico de la siguiente manera: intentar determinar la presencia del trastorno de atención con hiperactividad, mediante la búsqueda de los síntomas básicos del padecimiento agrupados en tres dimensiones: falta de atención, impulsividad e hiperactividad; cada uno de estos grupos sintomáticos reúnen a su vez entre 5 ó 6 situaciones - relacionadas con cada síntoma, el conjunto de síntomas que se especifica corresponden a los niños entre los ocho y diez -- años, antes de los ocho es de esperarse que los síntomas sean más graves y numerosos, lo contrario ocurre después de los -- diez años.

Estos síntomas pueden ser referidos por los adultos que rodean al niño (padres o maestros), cuando los datos son contradictorios se le concede más crédito al profesor ya que éste está más familiarizado con las normas apropiadas para cada edad. Hay que recordar que no puede haber ningún síntoma --- cuando el niño está solo con su interlocutor o cuando la situación es nueva para él. Al final de la enumeración de los-

síntomas se mencionan tres puntos adicionales que son: la edad de inicio, la duración y la exclusión de otras patologías como la esquizofrenia y el retardo mental que pueden aparentar o confundirse con un trastorno de atención con hiperactividad.

Este criterio de diagnóstico resulta tener varias ventajas: 1) es un instrumento de investigación estandarizado; 2) para fines de diagnóstico y valoración de evolución es útil; 3) excluye otras causas que pueden aparentar el trastorno; 4) es práctico y fácilmente aplicable.

Este criterio de diagnóstico señala también la necesidad de un diagnóstico diferencial, haciendo notar la importancia de éste, ya que existen una variedad de patologías que pueden hacer confuso el diagnóstico. Cabe aclarar entonces, que no todo trastorno que curse con un cuadro conductual de hiperactividad motriz corresponde necesariamente al síndrome hiperquinético. Así muchos niños, por ejemplo se muestran disruptivos e hiperactivos en ciertos momentos en los cuales el ambiente es intenso, otras condiciones que generan stress pueden provocar problemas de atención aun en los niños más estables, etc.

Palframan en 1980⁽⁶²⁾ escribe un artículo muy interesante en el cual rescata las principales causas de hiperactividad motriz y que podrían servir para el diagnóstico diferencial del niño con síndrome hiperquinético: a) una reacción de

excesiva ansiedad en el niño; b) la reacción infrsocializada agresiva; c) psicosis infantil; d) retardo mental; e) trastornos específicos del desarrollo; f) parálisis cerebral; g) alteraciones neurológicas progresivas y trastornos metabólicos; h) variantes de epilepsia; i) trastornos de audición; j) hiperactividad del desarrollo; k) hiperactividad reactiva a respuesta de represión materna, psicosis o hipoactividad; l) causas variadas (infestación con oxiuros).

7. TRATAMIENTO DEL SINDROME HIPERQUINETICO

Diversos autores como Rafael Velasco en 1980⁽⁶³⁾; Domeena C. Renshaw en 1974⁽⁶⁴⁾ y Paul Wender en 1975,^{(65)*} concuerdan que el mejor tratamiento para este síndrome debe llevarse a cabo desde un punto de vista interdisciplinario, resumiéndolo en tres puntos básicos:

- a) Tratamiento pedagógico.
- b) Tratamiento psicológico.
- c) Tratamiento psicofarmacológico.

El tratamiento pedagógico consiste en mejorar el progreso académico, en base al sistema castigo-recompensa, se han--utilizado varios métodos para mejorar el aprendizaje y la con

* Los datos que a continuación no se enumeran con referencia bibliográfica fueron tomados de la tesis de Luis Solís Rojas.

ducta. A este respecto se ha comentado que los programas con ductuales son los mejores cuando menos tienen los mismos re-- sultados que la utilización de la medicación psicoestimulante.

Con referencia a la utilización de recursos pedagógicos-- para promover la rehabilitación educativa, Cruickshank en --- 1984, sugiere un programa de rehabilitación y estimulación -- que considera también el salón de clases, de esta forma el su giere utilizar salones con dimensiones menores a las que usual mente tiene un convencional, ya que esto disminuye los estímu los y por tanto el niño percibirá mejor las limitaciones del-- ambiente, lo que permitirá a su vez una mejor organización -- perceptual.

En términos generales el programa propuesto por Cruick-- shank es el siguiente:

Para niños con deficiencias neuromotoras incluye:

"La estimulación de áreas relacionadas con patrones-- figura-fondo y configuración, que son el antecedente al razonamiento matemático, esto se hace posible a través del coloreo, el recorte y la clasificación de objetos; el ejercicio de la memoria, lo cual se logra por medio del dibujo de figuras, así como el apareamiento de cartas que contienen figuras geométricas; la discriminación derecha-izquierda, asociando colores a uno y otro lado, el desarrollo de conceptos abstractos, con la ayuda de apareamientos numéricos, suma, resta, lectura de reloj y calendario (que a su vez ejercita la orientación en tiempo),-- la escritura por medio de calcado y reproducción;-- la lectura a través de la repetición de conceptos,-- la narración de cuentos y la colocación de secuencias de dibujos, el deletreo mediante la repetición de nuevas palabras, el subrayado y la clasificación

de objetos por medio de la colocación de figuras en varias hileras".

Finalmente este programa incluye ejercicios de motricidad fina y gruesa los cuales se deben realizar tanto en la escuela como fuera de ella, recomendándose algunas actividades deportivas como la natación para mejorar el rendimiento motor.

Kephart en 1984 señala que el programa de entrenamiento motor debe aparear la información perceptual con la motora antes mencionada.

Rafael Velasco F. en 1980 y Cruickshank en 1984 no proponen un programa formal de desarrollo de la motricidad sino -- que toman en cuenta los lineamientos propuestos por Getman -- (1984) y que son prerequisites para el desarrollo de cualquier programa de psicomotricidad y que en resumen son:

- a) La práctica de la coordinación general la cual mejora los movimientos del tronco, cabeza y extremidades.
- b) Práctica de balance y equilibrio.
- c) Práctica de la coordinación ojo-mano con el objeto de desarrollar la integración de los sistemas tacto visuales necesarios para la manipulación y la interpretación simbólica.
- d) Práctica de los movimientos oculares.
- e) Práctica de la percepción de forma.
- f) Práctica de la memoria visual.

Otro de los programas de gran utilidad en la rehabilita-

ción de deficiencias neuromotoras es el programa creado por M. Frostig (1978) el cual contempla las áreas de: percepción de posición en el espacio, relaciones espaciales, constancia de forma, coordinación visomotora y discriminación figura-fondo, las cuales favorecerán en gran parte su capacidad de integridad visomotora.

Ayres en 1972 considera que los niños con trastornos de atención con hiperactividad, tienen una incapacidad para procesar adecuadamente las sensaciones táctiles y del sistema -- vestibular por lo que el tratamiento consistirá en proporcionar mucha estimulación táctil y vestibular, combinando ambas percepciones en un acto propositivo de carácter motor.

Otros autores consideran la utilidad del gimnasio aunado a la utilización de los principios de la danza moderna y la gimnasia.

Amirpour en 1979 a su vez ha sugerido el Judo como un recurso más en la rehabilitación de las deficiencias neuromotrices leves.

El tratamiento psicológico o psicoterapéutico incluye a padres e hijos, señala Rafael Velasco F. en 1980⁽⁶⁶⁾ dice que como primer paso, el médico debe dar a los padres de familia una explicación clara del síndrome, utilizando un lenguaje accesible, tomando en cuenta el nivel de preparación de éstos.

Se debe hacer un manejo adecuado de los sentimientos de-

culpabilidad que suelen generarse. Una explicación de las -- causas del trastorno, que se dirige fundamentalmente a combatir dos de las manifestaciones que obstaculizan el tratamiento: la hostilidad contra el paciente y el sentimiento de culpabilidad de los padres.

Proporcionar a los padres de familia una explicación para que acepten el trastorno de sus hijos y enseñarles a distinguir entre problemas temperamentales y verdaderos trastornos del síndrome hiperquinético. Explicar al niño la naturaleza de su problema, de acuerdo a la forma del pensamiento infantil, es básico en el tratamiento psicológico, señala Domecna C. Renshaw en 1974.⁽⁶⁷⁾

El tratamiento psicofarmacológico según Rafael Velasco - F. en 1980⁽⁶⁸⁾ es el más importante, ya que si un tratamiento de psicofármacos bien administrado no es capaz de reducir la hiperquinesia, la inatención y la agresividad poco pueden hacer las personas especializadas, por lo que reitera que es de mucho interés un certero manejo de los medicamentos que se -- utilizan con este tipo de niños y adolescentes que sufren trastornos de la conducta o problemas psicopatológicos más específicos.

Cuando el puidopsiquiatra realiza el diagnóstico y prescribe un tratamiento con psicofármacos, no sólo interviene la designación de la droga, sino una serie de variables como: la edad del niño, la duración del trastorno, la severidad de los síntomas, etc.

La dosis de medicación varían mucho, no existe una dosis standar, el niño puede recibir estimulantes desde 2.5 mg. a 200 mg. diarios, la dosis correcta es la que da resultados óptimos con efectos secundarios indeseables mínimos.

Se recomienda empezar con dosis bajas y elevarlas progresivamente de acuerdo con la comprobación clínica de los resultados.

Este tratamiento tiene el fin de controlar y reducir los síntomas como el modificar conductas y funciones, lo que permitirá la acción de otras medidas terapéuticas y mejorar las respuestas negativas que el paciente tiene ante los estímulos habituales.

Los psicofármacos al igual que otros medicamentos pueden tener efectos secundarios que son acciones tóxicas sobre el organismo, por lo cual el manejo de éstos debe ser designado por personas especializadas.

La psicoterapia a veces representa un riesgo si se utiliza en forma inadecuada o cuando no está indicada, puede producir dependencia neurótica, incrementar la angustia o puede producir sentimientos de futilidad y desesperanza (Eisenberg-1971)⁽⁶⁹⁾ por lo cual es de suma importancia recordar los principios de toda terapia medicamentosa y principalmente en la psicofarmacoterapia, los cuales son:

- 1) Debe buscarse siempre el mejor resultado con el menor número de medicamentos y con la dosis más baja posible.
- 2) No se usen las drogas por un tiempo mayor al necesario.
- 3) Las dosis han de ser individualizadas.
- 4) Advertir claramente a los padres de los niños de los posibles efectos secundarios.
- 5) Advertir sobre los efectos terapéuticos que se buscan al--prescribir un fármaco.
- 6) Se recomienda empezar con dosis bajas y elevarlas progresivamente de acuerdo con la comprobación clínica de los resultados.

El manejo psicofarmacológico del niño hiperquinético es:

- Los estimulantes típicos que se administran en el tratamiento de estos niños son las anfetaminas y el metilfenidato.

El tratamiento médico no se reduce al manejo de estos estimulantes sino que existen otros fármacos útiles que junto--con aquellos se clasifican de la siguiente manera, según Ra--fael Velasco F. 1980. (70)

MEDICAMENTOS DE EFICACIA COMPROBADA

1.- Estimulantes

- a) Anfetaminas
- b) Metilfenidato
- c) Pemolina
- d) Cafelna



91741

91741

MEDICAMENTOS COADYUVANTES DE RESULTADOS VARIABLES

- 1.- Antidepresivos: Imipraminas.
- 2.- Tranquilizantes menores
 - a) difenhidramina
 - b) Maleato de parabromodilanina
 - c) Meprobamato
 - d) Clordiazepóxido
 - e) Diazepán
 - f) Otros
- 3.- Tranquilizantes mayores
 - a) Prácticamente todos, excepto los alcaloides de la rawolfia
- 4.- Anticonvulsionantes
 - a) Difenhidantoína
 - b) Carbamazepina
 - c) Primidona
 - d) Otros

MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE VALIOSOS

- a) Haloperidol
- b) Propericiazina
- c) Dipropilacetato de magnesio
- d) Carbonato de Litio
- e) Otros

Según Wender P. en 1975⁽⁷¹⁾ la medicación es beneficiosa para aproximadamente el 75-80% de los niños con síndrome hiperquinético.

Goodman y Gilman en 1977⁽⁷²⁾ señala que los efectos de los medicamentos son:

- 1) Alargan los periodos de atención.
- 2) Incrementan la tolerancia a la frustración.
- 3) Incrementan la estabilidad emocional.
- 4) Incrementa la adecuación social.
- 5) Mayor receptividad a las demandas de padres y amigos.
- 6) Disminuyen la excesiva conducta motora.

Los efectos anteriormente mencionados son temporales y desaparecen cuando se suspende la ingesta.

Existen efectos colaterales que pueden o no presentarse como: taquicardias, hiporexia, dolor abdominal, cefaleas, pérdida de peso, insomnio, mareo. Estos se presentan al inicio de la ingesta de los medicamentos y desaparecen con la administración continua y rara vez obligan a suspender la medicación (Laufer 1980).⁽⁷³⁾

Al igual que los efectos terapéuticos anteriormente mencionados existen efectos negativos como: un aumento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, así como una disminución del peso y crecimiento corporal, etc.⁽⁷⁴⁾

Algunos autores han comentado que los medicamentos no mejoran el rendimiento escolar a largo plazo, no se encuentra una relación directa entre el consumo de fármacos y los problemas sociales, que el niño puede establecer nociones de tipo mejoría píldora. Además que los padres pueden olvidar su participación en el tratamiento y solamente fijan expectativas en relación al fármaco. (75)

8. PREVENCIÓN

Domeena C. Renshaw⁽⁷⁶⁾ dice que es imposible hablar de la prevención de este síndrome ya que no existe una causa específica que lo produzca, así la autora señala que una prevención aunque sea especulativa podría incluir "Un buen cuidado de las madres durante el embarazo; evitar la desnutrición y el empleo de medicamentos que puedan dañar al feto; evitar la inducción innecesario del parto; esperar la madurez óptima del feto; usar las mejores técnicas para el nacimiento del niño; buen cuidado y oxigenación del recién nacido; nutrición adecuada del bebé; prevención de la encefalitis y de lesiones en la cabeza. En resumen, una atención completa y razonable de la salud".

9. PRONOSTICO DEL SINDROME HIPERQUINETICO

Rafael Velasco F. en 1980⁽⁷⁷⁾* dice que es una falsa -- apreciación la de que toda la sintomatología empeora durante los años escolares, para mejorar progresivamente, hasta desaparecer durante la pubertad, ya que varios estudios que mencionan marcan otra cosa. Menks y sus colaboradores en 1966 -- analizaron el desarrollo y la evolución de 14 casos que 25 -- años atrás habían sido diagnosticados en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil Johns Hopkins. Para seleccionar la muestra incluyeron los siguientes síntomas: hiperactividad, dificultades de aprendizaje, uno o más datos de dispraxia, déficit visomotor o dificultad de lenguaje. La hiperactividad incluía la inatención, la labilidad emocional, la impulsividad y la baja tolerancia a la frustración. Tratándose entonces de niños con un claro síndrome de disfunción cerebral ya que además ninguno había presentado antecedentes de haber sufrido convulsiones y todos habían alcanzado un coeficiente intelectual (C.I.) superior a 70.

Al realizar la revaloración 25 años después del diagnóstico se pudo percibir que 4 de los pacientes estaban internados con un diagnóstico de psicóticos, 2 presentaban un retardo severo considerándolos no autosuficientes, 8 de los restan

* Los datos que a continuación no se enumeran con referencia bibliográfica fueron tomados del libro de Rafael Velasco F. 1980.

tes vivían autónomamente aunque 4 de ellos ya habían sido hospitalizados al menos una vez durante algún tiempo. Otros 3-- de 30 años de edad cada uno se quejaban aún de demasiada inquietud. En los otros la hiperactividad había desaparecido-- entre los 12 y los 14 años, excepto en uno que ocurrió hasta los 21 años. El bajo cociente intelectual se correlacionó -- claramente con una pérdida posterior de la capacidad de auto-suficiencia. El estudio realizado por Healy en 1936 comparó en un estudio retrospectivo, la frecuencia de ciertos síntomas entre un gran número de delincuentes y adultos no delincuentes. Consideró las siguientes variables: hiperactividad durante la edad escolar (14% contra 5%), enuresis (21% contra 4%), gran impulsividad (44% contra 0%), marcados sentimientos de inferioridad (36% contra 4%). Ahora bien, el hecho de que esas características predominaran en la niñez de los delincuentes nos habla de la existencia de una disfunción cerebral, sin embargo no se debe llegar a la conclusión de que muchos o algunos de éstos serán delincuentes al ser mayores de edad. Wender nos dice que éstos son simplemente datos sugerentes.

Otro estudio importante que se debe tomar en cuenta es el de Hammar de la Clínica para Adolescentes de la Universidad de Washington (Hammar S.L. 1967) en donde a partir de un extenso estudio en adolescentes que fluctuaban entre los 12 y 18 años que habían sido remitidos a su servicio con problemas de conducta se obtuvieron las siguientes conclusiones a partir de los resultados:

- 1) Los niños que mostraron sintomatología del síndrome de disfunción cerebral continúan siendo estudiantes de bajo rendimiento escolar al llegar a la adolescencia en una proporción considerablemente más alta de la que ocurre con los niños sanos.
- 2) La hiperquinesia disminuye en forma clara conforme se llega a la pubertad.

Otro estudio es el realizado por Quitkin y Klein en 1969. Este estudio retrospectivo examina las historias clínicas de 105 pacientes menores de 25 años que presentaban signos neurológicos ligeros. Del total 19 manifestaron un funcionamiento intelectual aceptable pero se caracterizaron por tener una -- conducta impulsiva y destructiva además de baja tolerancia a la frustración, cambios impredecibles de humor "aparentemente endógenos", berrinches y respuestas emocionales exageradas. - Esto llevó a concluir que existe una correlación significativa entre el síndrome de disfunción cerebral en la infancia y los trastornos psiquiátricos en la edad adulta. Además sugiere que los niños en los que predominaban los defectos cognoscitivos y la asociabilidad, evolucionan hacia los cuadros esquizoides; por otra parte los que manifestaban mayor intensidad hacia la impulsividad, hiperactividad y cambios rápidos de humor se inclinan hacia problemas caracterológicos de la esfera afectiva. Pero esto no implica que una gran proporción de niños con síndrome de disfunción cerebral se convertirán, forzosamente en adultos con problemas psiquiátricos severos.

En la actualidad asegura Velasco (1980), no existe una--
 respuesta segura para saber cuántos niños de los que sufren--
 el síndrome superarán la sintomatología y desarrollarán una--
 personalidad adecuada.

De lo anterior se desprende que:

- 1) Los niños con sintomatología neurológica más clara, que--
 muestran conducta antisocial, tienen un mal pronóstico pa--
 ra su disfunción.
- 2) No se puede predecir la evolución de aquellos otros en --
 los que predominan los síntomas menos graves de la disfun--
 ción, por más que se enfatice la posibilidad de que un --
 cierto porcentaje de ellos, más alto que el de los niños--
 normales, desarrolle problemas caracterológicos importan--
 tes.
- 3) Parece estar suficientemente comprobado que la hiperquie--
 sia es el síntoma que evoluciona más favorablemente, lo --
 que ^{no} ocurre con las dificultades del aprendizaje".

Domeena C. Renshaw en 1974⁽⁷⁸⁾ opina que no se puede dar
 seguridad acerca del futuro de estos niños ya que los estu---
 dios longitudinales o retrospectivos que se han hecho al res--
 pecto, reflejan la imposibilidad de hacer predicciones preci--
 sas ya que si los expertos no se han puesto de acuerdo, tanto
 en la incidencia como en el diagnóstico del síndrome, cómo po--
 drían ponerse de acuerdo con el pronóstico, ahora bien se ob--

serva que en los estudios realizados en relación al pronóstico del síndrome, tampoco existe una homogeneidad diagnóstica, lo que los hace poco confiables. Una solución al respecto sería, señala la autora, hacer una subdivisión de los pacientes en grupos más homogéneos de acuerdo a su perfil de comportamiento, con el fin de analizar qué sucede en cada uno de los grupos y así mostrar que algunos grupos cambian en una función mientras que otros no cambian.

La autora se muestra optimista en el pronóstico de estos niños "si se le somete a un programa intensivo que abarque -- tanto sus necesidades emocionales, sociales y educativas así como las médicas". (79)

Señala además que el saber que un gran número de niños-- hiperquinéticos pueden mejorar da a los padres esperanza, dirección y aliento para seguir adelante, ya que si a los padres se les dan estadísticas negativas con respecto a los problemas de sus hijos, éstos pueden tomar como argumento de que es inútil hacer mayores esfuerzos por sus hijos. (80)

El panorama que nos brinda el pronóstico nos hace reflexionar sobre el futuro de estos pequeños y nos conlleva a un estudio más profundo y analítico sobre la realidad que estos niños viven y la cual propició el interés por realizar una investigación de campo que nos proporcionará conocer la situación real que se vive en las familias e instituciones, saber qué es lo que se está haciendo por el niño hiperquinético en-

algunas instituciones en México, y si existen programas y tra
tamientos específicos que lleven a un pronóstico más alenta--
dor para estos sujetos.

La realidad que viven algunos niños hiperquinéticos mexi
canos se verá de manifiesto en los capítulos siguientes.

C A P I T U L O I I

ASPECTO INSTITUCIONAL DE LO QUE SE HA HECHO
EN MEXICO RESPECTO AL NINO HIPERQUINETICO

1. PANORAMA GENERAL

1.1 Aspectos de detección

Se ha observado a través del desarrollo de la humanidad que los niños en su relación cotidiana con los adultos se han sometido con frecuencia a la crítica, la incomprensión y a veces a la negligencia de los adultos.⁽¹⁾

No sería novedoso decir que a todos nosotros nos han --- afectado profundamente nuestros primeros años de vida, sin em bargo tratamos de no recordar o nos olvidamos fácilmente de-- lo que fue ser niño.

Se tienen datos acerca de que los bebés antes del siglo- XVII tenían pocas probabilidades de vivir y eran pocos los ni ños que llegaban a la edad de siete años, ya que la vida era demasiado difícil para preocuparse por un niño. Fue hasta el siglo XVII cuando los niños empezaron a ser respetados y reco nocidos en su naturaleza y necesidades, las cuales son dife-- rentes a las del adulto requiriendo de una separación y pro-- tección del mundo adulto.⁽²⁾

La vida social de un niño gira al principio alrededor de personas mayores requiriendo del cuidado y protección de las mismas. Es así como los primeros años de su vida la familia- va a proporcionar ese sentido de pertenencia y aceptación que necesita todo ser humano. Durante la infancia el pequeño es-

tablece una relación de confianza con sus padres y especialmente con la madre la cual satisface sus necesidades fisiológicas así como de cariño y atención que le brindará la seguridad emocional necesaria para su desenvolvimiento. La familia va a ser el primer grupo social al que el niño pertenece y -- por tanto ésta desempeña una función fundamental en el desarrollo de sus actividades y su conducta. La seguridad y el -- cariño que al niño se le proporcione en el hogar son fundamentales para su desarrollo social apropiado. Si vive atemorizado y rechazado esto se reflejará en sus reacciones sociales -- dentro y fuera de la casa. Es en el hogar donde el niño comprende por primera vez lo que significa la autoridad de otros y es aquí donde se desarrolla el respeto y la consideración -- hacia otros. La forma en que el niño afronte dicha autoridad en casa influirá mucho en su futura conducta. El niño transferirá luego las reacciones manifestadas en el hogar en la relación con maestros y otras personas que manifiesten alguna -- autoridad.

Poco a poco el niño irá luchando por ganar independencia e iniciativa propia y llega el momento en que empieza a sentir la necesidad de establecer contactos fuera de la familia, es así que el niño comienza a interesarse en otros niños de -- más o menos edad, con quienes establece relaciones de juegos. Es importante hacer notar que la existencia del hombre depende hasta cierto punto de su desarrollo social y el convivir -- con otras personas es uno de los aprendizajes más importantes.

El desarrollo social deseable se irá desarrollando gracias al logro paulatino y ascendente de la madurez en las relaciones con los demás. Así el niño aprenderá que hay conductas que no pueden quedar impunes ya que se ha perjudicado a otras' personas, también debe aprender a respetar a la autoridad, a --- aceptar limitaciones que la sociedad impone, por otro lado -- aprender a cooperar es muy importante y por ende aprender a - respetar los derechos ajenos a fin de lograr que los suyos -- sean tenidos en cuenta por los demás. El objetivo primordial de la educación social será lograr la comprensión del semejante con lo que se logrará que se comprenda que toda la gente - es diferente. Una persona que posee inteligencia social será aquella que tenga la capacidad para entender a los seres humanos y tratar con ellos. (3)

Todo lo anteriormente descrito se comienza a desarrollar dentro de la familia y después al ingresar a una institución-educativa continúa.

Las instituciones (como la familia y la escuela) son medios relativamente estables y formalizados para realizar algunas funciones que son primordiales en la vida social. Así -- las instituciones sirven para transmitir, hacer obedecer y -- perpetuar costumbres, (4) a través de la educación que "es un proceso que tiende a capacitar al individuo para actuar conscientemente frente a nuevas situaciones de la vida aprovechando la experiencia anterior y teniendo en cuenta la integración,

la continuidad y el proceso social. Todo ello de acuerdo con la realidad de cada uno, de modo que sean atendidas las necesidades individuales y colectivas".⁽⁵⁾

La educación en la actualidad está basada de acuerdo a la edad del niño y a los cambios que la sociedad exige con respecto a los adelantos de la ciencia, la tecnología y la industria incrementándose poco a poco las exigencias impuestas sobre los individuos en materia de habilidades específicas y mejor y mayor educación. Al crecer las poblaciones las escuelas se han convertido en instituciones organizadas, más estructuradas y más complejas atendiendo a más número de niños durante largas horas y desarrollando programas de estudio más complejos.

"Aunque el siglo XX es reconocido como la época en que se empieza a tomar en cuenta al individuo, también ha sido el que exige más conformidad de parte de cada niño con las reglas establecidas en el salón de clase. Existe ahí poca tolerancia para la conducta irregular, aunque sea en grado moderado. No es sorprendente, por lo tanto, que el mayor número de niños "hiperactivos" se descubra entre los menores de cinco a siete años, cuando se espera que el niño se ajuste a las normas de otros niños de su edad en el jardín de niños o el primer año de primaria".⁽⁶⁾ Es entonces en las instituciones (familia o escuela) en donde se detectan las anomalías que existen en los sujetos, siendo en las escuelas en donde se de

tectan con más facilidad, ya que en ésta se encuentran personas preparadas que conocen más las características y desarrollo de los niños. En el hogar rara vez los padres pueden darse cuenta de los problemas de sus hijos, ya que éstos carecen de la preparación que les dé la pauta para hacerlo y creen -- que el comportamiento atípico de sus hijos es característico de un desarrollo normal debido a su edad.

Lo dicho anteriormente se pudo comprobar en la presentación de los casos (en el capítulo III) ya que en la mayoría de éstos fue hasta el ingreso a la escuela cuando los padres fueron informados de la existencia de un posible problema de conducta y aprendizaje en sus hijos.

Es importante conocer entonces la caracterización del--- sistema educativo que comúnmente se lleva en nuestra sociedad y especialmente en el nivel preescolar y primario en donde se ven de manifiesto más claramente el problema de la hiperquinesia por lo que se extiende la información a estos dos niveles.

1.2 Caracterización del Sistema Educativo en México

En México el sistema educativo está organizado de la siguiente manera: una educación básica elemental con duración - de diez años, la cual incluye un año de educación preescolar, seis años de educación primaria y tres años de educación básica media. La educación media superior que incluye tres años-

de preparatoria o bachillerato. La educación superior que -- abarca el nivel licenciatura y que varía en tiempo según la -- licenciatura de la que se trate. El nivel posgrado que abarca el nivel maestría y doctorado.

Educación Preescolar.

Considerando los actuales lineamientos de la política -- educativa de nuestro país, la importancia que la educación -- preescolar tiene como primer peldaño de la formación escolarizada del niño es puesta en claro por la actual administración educativa, la cual tiene como una de las metas por alcanzar -- la expansión de la cobertura de educación no sólo a nivel urbano sino también a otros sectores de la sociedad tales como las comunidades indígenas, los urbano-marginales y los rurales marginados.

En este intento se pretende dar prioridad a los niños de cinco a seis años de edad con el objetivo de que la mayor parte de los niños reciban los beneficios de por lo menos un año de educación preescolar antes de ingresar a la escuela primaria y así la educación preescolar pasa a formar parte del currículo de educación elemental. Los objetivos que se pretenden con la educación preescolar serán la base para una continuidad con los de la escuela primaria. Se pretende el desarrollo integral del niño en esta edad y que se sienten las bases para sus aprendizajes posteriores abatiendo en parte la -- deserción y la reprobación escolar a nivel primario.

La educación preescolar atiende a niños entre los cuatro a seis años de edad que no presenten problemas severos tanto físicos como mentales, brindándoles una atención pedagógica congruente con las características propias de esta edad. El programa que se lleva a cabo está basado en las teorías de Freud en cuanto a la estructuración de la afectividad a partir de las relaciones tempranas y en las teorías de Wallon y Piaget que demuestran la forma como se construye el pensamiento desde las primeras formas de relación con el medio social y el material. El niño es quien construye su mundo a través de las acciones y reflexiones que realiza al relacionarse con los objetos, acontecimientos y procesos que conforman su realidad. El papel del maestro es proporcionarle un conjunto cada vez más rico de oportunidades para que sea el niño quien se pregunte y busque respuestas acerca del acontecer del mundo que le rodea. La entrada al jardín de niños se va a caracterizar por un importante cambio en su vida, la salida del hogar y de la familia como del medio ambiente que le rodea para transformarse en un individuo social y en contacto con el ambiente que se va ampliando en forma singular.

Los objetivos del programa de educación preescolar son:

I) Desarrollo afectivo-social.

- Que el niño desarrolle su autonomía dentro de un marco de relaciones de un respeto mutuo entre él y los adultos y entre los mismos niños.
- Que el niño desarrolle la cooperación a través de su-

incorporación gradual al trabajo colectivo.

II) *Desarrollo cognoscitivo.*

- *Que el niño desarrolle su autonomía en el proceso de-- construcción de su pensamiento.*

III) *Desarrollo Psicomotor.*

- *Que el niño desarrolle su autonomía en el control y -- coordinación de movimientos amplios y finos. (7)*

Educación Primaria.

Con la educación primaria se pretende más que con ninguna otra la formación integral del niño, la cual le permitirá adquirir una conciencia social y que él mismo se convierta en agente de su propio desenvolvimiento y el de la sociedad en general. De ahí la importancia de que el niño aprenda a aprender de modo que durante toda su vida dentro y fuera de la escuela busque y utilice por sí mismo el conocimiento, reflexione y participe de manera responsable y crítica en la vida social. Todo esto implica que el niño tome conciencia entre el pensar y el vivir para que participe de los valores y metas-- de la comunidad a la que pertenece.

De acuerdo a todo lo anterior y a las condiciones socio-económicas y políticas del país se han elaborado para este nivel educativo los siguientes objetivos:

- *Conocerse y tener confianza en sí mismo, para aprovechar -- adecuadamente sus capacidades como ser humano.*

- Lograr un desarrollo físico, intelectual y afectivo sano.
- Desarrollar el pensamiento reflexivo y la conciencia crítica.
- Comunicar su pensamiento y su afectividad.
- Tener criterio personal y participar activa y racionalmente en la toma de decisiones individuales y sociales.
- Participar en forma organizada y cooperativa en grupos de trabajo.
- Integrarse a la familia, la escuela y la sociedad.
- Identificar, plantear y resolver problemas.
- Asimilar, enriquecer y transmitir su cultura, respetando a la vez, otras manifestaciones culturales.
- Adquirir y mantener la práctica y el gusto por la lectura.
- Combatir la ignorancia y todo tipo de injusticia, dogmatismo y prejuicio.
- Comprender que las posibilidades de aprendizaje y creación no están condicionadas por el hecho de ser hombre o mujer.
- Considerar igualmente valiosos el trabajo físico y el intelectual.
- Contribuir activamente al mantenimiento del equilibrio ecológico.
- Conocer la situación actual de México como resultado de los diversos procesos nacionales e internacionales que le han dado origen.
- Conocer y apreciar los valores nacionales y afirmar su amor a la patria.

- Desarrollar un sentimiento de solidaridad nacional e internacional basado en la igualdad de derechos de todos los seres humanos y de todas las naciones.
- Integrar y relacionar los conocimientos adquiridos en todas las áreas del aprendizaje.
- Aprender por sí mismo y de manera continua, para convertirse en agente de su propio desarrollo.

Todos los objetivos descritos anteriormente son parte de un proceso de una educación abierta y dinámica. Si la educación responde a una dinámica en la que se transmitan valores, conocimientos, conciencia y capacidad de autodeterminación - entonces ésta constituirá un factor de cambio.⁽⁸⁾

1.3 Aspectos de asistencia a la escuela

El papel del maestro dentro del salón de clases es muy importante y decisivo en la vida escolar de los aprendices, ya que él va a ser la persona que tiene en sus manos el proporcionar un ambiente de aprendizaje en donde se exponga a los alumnos a elecciones estimulantes, los que los motive a realizar descubrimientos y expresar sus ideas con sus propias palabras.

Al transcurso de la vida escolar el maestro transmite sus valores y actitudes a los niños de muchas maneras verbales y no verbales. La forma en que les habla, lo que les di-

ce y hasta la forma que se comporta no sólo hacia ellos sino hacia las personas que colaboran con él, todo ello los afecta.

El maestro debe:

- Propiciar un sentimiento de seguridad y pertenencia.
- Lograr que el trabajo de sus alumnos sea respetado.
- Planear actividades que favorezcan la independencia y el éxito.
- Demostrar que comprende el desarrollo del niño, proporcionando actividades y materiales apropiados.
- Tratar a cada niño como un individuo único y respete así mismo su personalidad.
- Aceptar los sentimientos de los niños (estado emocional).
- Ayudar a los niños a manejar los conflictos.
- Guiar el aprendizaje de los niños así como fomentar la aceptación mutua de todos los miembros del grupo.
- Mostrar respeto a los demás adultos que son importantes para el niño.
- Actuar como modelo de su papel. (9)

Así entonces el papel que debe desempeñar el maestro es el de guía, propiciando en los niños la autoenseñanza y la autoestima, pero tal parece que este papel no es desempeñado como se pretende y así se observa en la mayoría de los casos -- que el profesor sigue teniendo una actitud autoritaria y tradicional que coarta la iniciativa y la participación de los educandos obligándolos con esto a seguir siendo sólo recepto-

res de la enseñanza y considerando a los alumnos buenos estudiantes cuando acepten con obediencia su autoridad y todos -- aquellos sujetos que tratan de sugerir o manifestar sus ideas son alumnos indeseables a los que sólo les queda someterse o ser considerados malos estudiantes sin tener en cuenta su individualidad y sus conflictos emocionales.

Es de esperarse entonces que en un sistema educativo como el nuestro tan estricto y limitante en donde el maestro pasa por alto la individualidad de los sujetos y sus características personales, el niño hiperquinético que no es comprendido por el profesor se convierte en un niño con pocas posibilidades de una adaptación al sistema y a su vez de ser aceptado por la sociedad a la que pertenece, no logrando entonces los objetivos que se pretenden en el nivel preescolar y primario que tan idealmente se han planteado.

De esto se desprenden algunas preguntas: ¿Qué tan conveniente sería este sistema educativo para los niños hiperquinéticos? ¿No sería más favorable para este tipo de niños un sistema educativo menos estricto o más personalizado?. Sin embargo la escuela no será el único medio que ayude a este tipo de sujetos a la solución de su problema sino será conveniente la atención con especialistas (psicólogos, pedagogos, psiquiatras, médicos, etc.), que con una actuación interdisciplinaria lograrán la adaptación de este niño al medio social en el que vive sin que por esto se considere que el niño hi--

perquinético debe ser un ser aislado de la sociedad sino por el contrario se buscará su adaptación al medio social lo más convenientemente posible.

1.4 Servicios Especializados

1.4.1 Antecedentes

El trato recibido por personas con alteraciones físicas o conductuales ha variado a lo largo de la historia, se puede distinguir tres periodos, los cuales son: el primer periodo - se caracteriza por una escasa atención hacia estos individuos y comprende hasta 1800 cuando se crean instituciones especiales para atenderlos, aunque antes hubo varios intentos de --- construirlos.

Algunas ideas que se tenían al respecto son las siguientes:

En Esparta se escogían los niños fuertes y sanos para--- seguir la carrera de las armas; a los débiles y deficientes-- se les asesinaba. En Roma los niños con deformaciones o de-- ficiencias eran adiestrados para servir como bufones y divertir a los nobles. Con la aparición del Cristianismo se creyó que estas personas estaban poseídas por el demonio y por tanto, se trataba a través de "exorcismos" de curarlos.

Durante el siglo XVI, el monje Pedro Ponce de León logró enseñar a hablar a diez niños deficientes. En 1760 Juan Bo--

net desarrolló el lenguaje para los sordomudos y por esa fecha se formó la primera escuela para sordomudos. En 1784 se fundó la primera escuela para ciegos. Rosseau y otros promovieron la creación del Instituto Nacional para el joven ciego, durante esta época. En este periodo aún prevalecían las ideas de asesinarlos o abandonarlos en el bosque para ser devorados por las fieras; tal es el caso de Víctor "el niño salvaje de Aveyron" quien caminaba con sus cuatro miembros.

El segundo periodo, denominado de las instituciones comprende las actitudes que se mantenían durante el siglo pasado, sin embargo surge por la conciencia de la exaltación de los valores humanos canalizados a través de la educación el de tratarlos especialmente. Aparecen instituciones en Alemania, Francia, Inglaterra y Escocia para atender a ciegos. En este periodo se carecen de los conocimientos para diferenciar los problemas conductuales del retraso mental y se agrupa a todos los internos de las instituciones sin distinción. La aparición de la psiquiatría promovió cambios en el trato hacia estos individuos, tanto a nivel social y político como a nivel educativo.

Alexander Graham en 1898 promueve que se anexasen a los pabellones, escuelas especiales para asistirlos. Es hasta 1902 que en los Estados Unidos se construye la primera escuela pabellón.

El tercer periodo denominado de las escuelas y las cla--

ses especiales se distingue por el empleo de pruebas psicológicas para ubicar con mayor exactitud la problemática de estos individuos. Con la publicación de una serie de estudios sobre alternativas de educación, como la propuesta de María Montessori, y los estudios de Hellen Keller, Freud (sobre neurosis), Lanner (sobre autismo infantil), Meyer (sobre simbiosis), Buher (sobre esquizofrenia) se tiene un conocimiento más exacto de la aparición y evolución de los problemas de las personas que requieren de una atención especial.

Con la estandarización en los años cuarenta de pruebas de inteligencia se ha podido clasificar a los retardados y dividir las áreas de aplicación que requieren; asimismo se ha impulsado la preparación de personal calificado que pueda proporcionarles una atención más especializada. (10)

1.4.2 Historia de la educación especial en México

La primera iniciativa para brindar atención educativa a niños con necesidades especiales corresponde a Don Benito Juárez, quien en 1867 fundó la Escuela Nacional para Sordos y en 1870 se fundó la Escuela Nacional de Ciegos.

En 1914 el Dr. José de Jesús González, eminente científico precursor de la educación especial para deficientes mentales, comenzó a organizar una escuela para débiles mentales en la ciudad de León, Guanajuato. En el periodo que transcurre entre 1919 y 1927 se fundaron en el Distrito Federal dos es--

cuelas de Orientación para varones y mujeres. El profesor M. Lima fundó una escuela para débiles mentales en la ciudad de Guadalajara.

En 1929 el Dr. José de Jesús González planteó la necesidad urgente de crear una escuela modelo en la Ciudad de México. En 1932 el Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar se avocó al estudio de las constantes de desarrollo físico y mental de los niños mexicanos. En 1935 el doctor Solís Quiroga Roberto, que fuera gran promotor de la educación especial en México y América, planteó al entonces ministro de Educación Pública Lic. Ignacio García Tellez la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país.

Como resultado de esta iniciativa se incluyó en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los deficientes mentales por parte del Estado. En este mismo año se creó el Instituto Médico-Pedagógico en Parque Lira fundado y dirigido por el Doctor Solís Quiroga para atender a niños deficientes mentales. En 1927 se fundó la Clínica de la Conducta y Ortografía y durante casi 20 años funcionaron en el país instituciones de carácter oficial. En 1941 el ministro de educación Octavio Vélaz Vázquez, propuso la creación de una escuela de especialización de maestros en educación especial; para lograr este objetivo hacía falta modificar la ley orgánica de educación. En 1941 se envió a las cámaras legislativas el proyecto de reforma de la Ley y fue apro-

bada el 29 de diciembre por la Cámara de Diputados y el 31 del mismo mes por la Cámara de Senadores. La ley reformada entró en vigencia al año siguiente. En 1943 abrió sus puertas la escuela de formación docente para maestros especialistas en educación especial. En 1954 se creó la dirección de rehabilitación y en 1955 se agregó a la escuela de especialización la carrera de especialista en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor. En 1964 empezó a funcionar el Centro de Cooperación No. 2. Tanto el Centro No. 1 como el No. 2 fueron creados para recibir aquellos casos que por sus características no podían ingresar a las escuelas de perfeccionamiento. En 1966 se crearon dos escuelas más. Durante los siete años en que la Profesora Mayagoitia estuvo al frente de la Coordinación de Educación Especial logró la apertura de diez escuelas en el Distrito Federal y 12 en el interior del país.

En 1970 se ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial. El decreto de creación establecía que a la Dirección General de Educación Especial, dependiera de la Subsecretaría de Educación Básica, correspondía organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atlépicos y la formación de maestros especialistas.

Se hace cargo de la Dirección General de Educación Especial la Profesora Odalmira Mayagoitia y su gestión culminó en 1976. Durante este periodo se comenzaron a experimentar los-

primeros grupos integrados en el D.F. y Monterrey y aparecieron los primeros Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) así como las primeras coordinaciones.

En el periodo comprendido de 1976 a 1978 fue Directora-- General la profesora Guadalupe Méndez Gracida. Se consolidó la experiencia de los grupos integrados y los CREE y se continuaron las instalaciones de coordinaciones en el D.F. y los -- Estados. En 1978 se hizo cargo de la Dirección General de -- Educación Especial la Dra. Margarita Gómez Palacios.

1.4.3 Función y Servicio que proporciona la educación especial en México

La educación especial y la rehabilitación integral están dirigidas a quienes presentan: Deficiencia Mental, Trastornos de Aprendizaje, Trastornos de Audición y Lenguaje, Deficiencias Visuales, Impedimentos Motores, Alteraciones en las Areas Emocionales, Conductual y Social. Se espera que a un futuro-- próximo se le dé atención especial a grupos de sobre dotados y-- de autistas. En la actualidad se sigue la estrategia de mane-- jar estas alteraciones a través de equipos multi-disciplina-- rios que abarcan todo el proceso de atención desde la detec-- ción, la evaluación, el diagnóstico, la canalización y el tra-- tamiento en cada caso. Los servicios de educación especial-- se clasifican en dos grupos, según el tipo de atención de los sujetos con necesidades especiales.

El primer grupo abarca a sujetos cuya necesidad de educación especial es fundamental para su integración y normalización. Las áreas que comprenden son: deficiencia mental, trastornos visuales y auditivos e impedimentos neuromotores.

El segundo grupo incluye aquellos sujetos cuya necesidad de atención es transitoria y complementaria a su evolución pedagógica normal. En este segundo grupo se encuentran las -- áreas de problemas de aprendizaje y trastornos de conducta.⁽¹¹⁾

2. ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA ATENCION INSTITUCIONAL ESPECIALIZADA

2.1 Servicios existentes

Algunos estudios han revelado que el porcentaje de niños hiperquinéticos en México es elevado (Velasco 1980, D.S.M. -- III 1980), lo que hace pensar en la importancia de la búsqueda de la solución de este problema.

En México el síndrome hiperquinético ha sido y es un problema al que se enfrentan cotidianamente especialistas, padres de familia y maestros sobre el cual parece no haberse encontrado la solución más adecuada. Existen diversas instituciones que abordan el síndrome hiperquinético y es lógico pensar que si la incidencia de esta problemática es elevada entonces deberían existir bastantes instituciones que se dedica

ran a su tratamiento y a la vez realicen continuas investigaciones al respecto, ya que la sociedad está exigiendo por necesidad que se atienda adecuadamente a este tipo de niños. - Esto debería de ser entonces una de las preocupaciones más importantes de especialistas dedicados a la resolución de problemas de aprendizaje y conducta (psicólogos, médicos y psiquiatras), pero la realidad es otra, en nuestro país existen pocas instituciones que atienden a este síndrome, entre las que se encuentran el Hospital Psiquiátrico Infantil, la Clínica de la Conducta, Hospital de Salud Mental, Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar (CAPEP), Desarrollo Integral de la Familia (DIF), todas ellas pertenecientes al sector oficial, las cuales no son suficientes para atender la demanda que existe en la población, por lo que habiendo una población elevada que requiere del servicio, por consecuencia la calidad de atención resulta deficiente.

2.2 Descripción de la atención que proporcionan algunas instituciones oficiales y privadas a niños con problemas hiperquinéticos

Dentro de las instituciones mencionadas anteriormente se tuvo acceso a la Clínica de la Conducta correspondiente a la Secretaría de Educación Pública, al Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar de la Secretaría de Educación Pública (CAPEP Coyacán) y al Centro Pedagógico del Ajusco ---

(C.P.A.) que es una escuela particular, con el objetivo de recabar información sobre lo que estas instituciones están realizando sobre el tema, así como saber a través de entrevistas con los padres de familia, la situación a la que se enfrentan cotidianamente con este tipo de niños.

La Clínica de la Conducta no permite llevar a cabo investigaciones ajenas a la institución, sino simplemente proporciona una información muy superficial sobre el funcionamiento de la misma, sin embargo en el CAPEP y en el CPA hubo una mayor accesibilidad a la información requerida sobre la organización, funcionamiento, así como poder llevar a cabo entrevistas a padres de familia.

La totalidad de la población que acude a solicitar servicio a éstas proviene del D.F. y zonas conurbadas.

La población atendida en la Clínica de la Conducta y en el CAPEP proviene de escuelas oficiales y/o privadas, no siendo requisito que sean remitidos de las escuelas, sino también puede ser por iniciativa de los padres que tienen información de la atención que proporcionan estos centros. En estas dos-instituciones existen dos turnos: el matutino de 9:00 A.M. a 2:00 P.M. y el vespertino de 4:00 P.M. a 6:00 P.M. El Centro Pedagógico del Ajusco es una escuela privada que brinda servicio de grupos integrados a niños con problemas de conducta y-aprendizaje, siendo requisito indispensable que éstos sean -- alumnos regulares de ésta, existiendo solamente el turno matutino de 8:00 A.M. a 2:00 P.M.

Las instituciones como el CAPEP y la Clínica de la Conducta prestan servicios en el área pedagógica, medicina general, trabajo social y psicología, cumpliendo todas éstas con la función de diagnóstico y tratamiento.

La atención a los niños en la Clínica de la Conducta se realiza de la siguiente manera: al llegar los padres a solicitar la atención de su hijo, se les pide llenen una solicitud, en la cual tendrán que anotar los datos personales del niño y la causa por la que solicita el servicio, enseguida, el niño es enviado junto con sus padres, con la trabajadora social, la cual es la encargada de realizar el estudio socioeconómico de la familia para determinar la cuota que tendrá que pagar por la atención prestada, así como el detectar el ambiente socioeconómico de la familia, después son enviados al estudio psicológico el cual consiste en una entrevista con los padres y la aplicación de una batería de pruebas al niño (Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, pruebas de Inteligencia Wechsler para escolares WISC y la Figura Humana de Goodenough) para diagnosticar la problemática del sujeto particular y de la familia en general. Si la psicóloga considera necesario, el niño es enviado a un examen médico y psiquiátrico, con el objeto de detectar alguna enfermedad física o algún daño cerebral, posteriormente es enviado a una valoración pedagógica para determinar en forma específica el problema al respecto. Una vez terminados los estudios, la psicóloga es la encargada de recopilar la información y realizar el diagnóstico integral del

niño, así como la de dar a los padres de familia la información sobre el diagnóstico del niño, explicándoles en forma sencilla y clara el problema de su hijo y en qué consiste.

Cada uno de los especialistas es encargado de realizar, en forma individual su diagnóstico y propuestas de tratamiento.

La atención que se brinda en esta Institución es interdisciplinaria, por tal motivo los especialistas se reúnen una vez al mes para comentar y organizar en forma adecuada e integral el tratamiento más pertinente para cada caso, así como el de comentar los avances o retrasos de cada niño y en especial de aquellos niños en los que no se obtienen resultados satisfactorios.

En esta institución el síndrome hiperquinético es visto como problema de conducta y aprendizaje ocasionado principalmente por una disfunción cerebral mínima, la cual requiere en todos los casos de tratamiento psicofarmacológico. Cada caso es visto en forma individual y respondiendo a las características y necesidades de cada uno de los niños. No se tienen programas genéricos para cada situación, sino que éstos se elaboran en forma individual para cada uno de los sujetos, proporcionando el tratamiento que se considera más adecuado en cada una de las áreas que presentan alguna alteración.

Los especialistas tienen libertad para trabajar con los-

niños en la forma en que ellos juzguen más conveniente. La atención que se les presta a los niños depende de su trastorno y generalmente se les da terapia una vez a la semana y por una hora, con el objeto que el niño no pierda sus clases.

El tratamiento de estos niños es como máximo de dos años escolares ya que se considera que si en este tiempo no ha habido mejora o cambio el niño requiere de otro tipo de atención más especializada y son canalizados a otras instituciones. Los obstáculos a los que se enfrenta la institución es la falta de pediatras y psiquiatras, ya que sólo se cuenta con un médico y un psiquiatra en el turno matutino. Por tal motivo el servicio de psiquiatría es canalizado a otras instituciones.

El material que se requiere para el diagnóstico de psiquiatría (electroencefalograma) es insuficiente y por tal motivo se envía a los sujetos a otras instituciones como el Seguro Social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el DIF y el ISSSTE. El material que se requiere para el diagnóstico psicológico y pedagógico sí es suficiente.

Otra limitante a la que se enfrenta esta institución es la sobrepoblación que existe principalmente en los últimos meses del año escolar, ya que es en este periodo cuando a los padres de familia se les informa en las escuelas que sus hijos van a reprobado y es entonces cuando acuden a que se les ayude. Esta institución también presta el servicio de orien-

tación a los padres en cursos periódicos. Además de los datos proporcionados por la Institución se elaboró una pequeña investigación en la cual se aplicó una serie de cuestionarios (anexo A) a los especialistas, los cuales tenían el propósito de recabar información acerca de la corriente teórica que maneja la institución y de las técnicas y estrategias utilizadas para el manejo y solución de los niños hiperquinéticos.

Haciendo referencia ahora al Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar a la que también se tuvo acceso se puede decir que éste es un centro de educación psicopedagógica para niños en edad preescolar de cuatro a seis años (dando preferencia a los de cinco años) que presentan alteraciones leves en el desarrollo como problemas de lenguaje, conducta y aprendizaje y que pueden ser superados a corto tiempo.-- (Atendiéndose aquí a niños hiperquinéticos).

Las personas que pueden solicitar el servicio en estos centros son la educadora de jardines de niños oficiales que han observado en su alumno algunas alteraciones en su desarrollo, los padres del preescolar pueden acudir por iniciativa propia si han notado alguna alteración en su hijo, los profesionales de otras instituciones educativas o del sector salud.

Las orientadoras de un Programa de Prevención de Problemas en Preescolares que lleva a cabo la Secretaría de Educación Pública para Jardines de niños oficiales son las responsables de canalizar a este Centro a los menores de los jardi-

nes oficiales que presenten alteraciones en su desarrollo. -
El Centro proporciona servicio en las siguientes áreas:

Estimulación Múltiple: En estos grupos se les brinda apoyo de acuerdo a las necesidades de cada niño al tiempo que se desenvuelve en una comunidad infantil como en el jardín de niños.

Lenguaje: El objetivo principal de esta área es estimular la expresión del niño al tiempo que se corrigen las fallas que presenta en el lenguaje.

Psicomotricidad: En los grupos correspondientes a esta área se estimula la capacidad motora del niño brindándole la posibilidad de utilizar su propio cuerpo al desplazarse con precisión y ritmo aumentando la seguridad en sí mismo.

Psicología: Las orientaciones que brinda el psicólogo se proporcionan en aquellos casos donde se ha observado que afecta el desarrollo del preescolar, dirigida a los niños en forma individual o grupal y dirigida a los padres.

Trabajo Social: La trabajadora social es la responsable de establecer la coordinación entre las diversas instituciones y la relación entre el niño, el centro, el hogar, la escuela y la comunidad así como de orientar a la familia en la solución de sus problemas socioculturales.

Area Médica: Existen médicos, dentistas, los cuales tie-

nen el propósito de detectar en los niños asistentes al ---- C.A.P.E.P. fallas o alteraciones que obstaculicen su proceso-normal de desarrollo, problemas neurológicos, desnutrición, -- infecciones, pie plano, caries, frenillo, maloclusiones entre otros.

En un primer momento se realiza un estudio inicial para--decidir si el niño detectado para recibir atención en este --centro es aceptado o debe ser canalizado a otro tipo de servi--cio donde se le proporcione la atención adecuada de acuerdo a su problemática.

Se considera un periodo intensivo de recepción durante--el primer mes y medio del año escolar a fin de proporcionar--la atención a los niños a la mayor brevedad, operando un equi--po de diagnóstico en cada C.A.P.E.P. que funciona todo el año escolar para cubrir las necesidades del Programa de detección, prevención y de atención preventiva. La aceptación de los ni--ños está limitada por el cupo del centro y de los grupos ane--xos, así como por el tipo de alteración de que se trate, que--dando como parámetros generales de aceptación lo que a conti--nuación se marca:

- Niños que correspondan a edad preescolar.
- Niños que no presenten trastornos psiquiátricos o que--requieran tratamiento de educación especial y rehabilitación--física.

Para la recepción de casos es requisito indispensable -- que los padres de familia presenten al niño en el centro de atención preventiva o grupo anexo a su respectiva solicitud de atención o pase para su atención. La evaluación inicial-- es realizada por la responsable de atención preventiva o por la responsable de detección y prevención, llevando a cabo una entrevista a los padres o tutores del niño. Esta entrevista inicial se enriquece con una somera observación del niño y registrada en formatos especiales donde se concluye si procede o no su aceptación. De no proceder se realizan las gestiones correspondientes para su canalización externa. Ya que es --- aceptado el niño para estudio, el responsable de recepción debe informar a los padres sobre el reglamento del C.A.P.E.P. - La responsable de atención preventiva reporta a la Dirección del centro sobre los casos aceptados para estudio y procede a su registro, control y expedición del pase con las especificaciones de la primera cita. La Directora del centro es informada por la responsable de recepción sobre aquellos casos que sea evidente que no correspondan al servicio a fin de que -- sean registrados y se autoricen los pases de canalización externa.

Refiriéndose al diagnóstico en el caso del Programa de - Atención Preventiva que imparte el Departamento de Psicología y Psicopedagogía se requiere que la acción diagnóstica sea -- realizada con acierto y precisión, ya que de ello depende en gran parte la efectividad de los procedimientos que se insti-

tuyen en las diversas especialidades. Se ha determinado entonces que el diagnóstico a nivel interdisciplinario se realice por equipos donde participe un grupo variado de profesionales que integrarán sus observaciones y conclusiones para cada caso que sea aceptado en atención preventiva y que por lo tanto será objeto de estudio diagnóstico.

El estudio diagnóstico se practica durante todo el año escolar y es requisito indispensable para ubicar a cada niño en grupo de atención preventiva y/o terapia específica. Durante el periodo intensivo de recepción se integran los equipos interdisciplinarios que sean necesarios para realizar el diagnóstico de los niños a la mayor brevedad y con eficiencia; considerándose para tal efecto al personal y locales de grupos anexos adscritos al C.A.P.E.P.

La acción de los equipos interdisciplinarios permitirá al responsable del área de atención preventiva llenar el cupo de los diferentes grupos y posteriormente integrar las listas de espera a fin de ubicar a los niños que la formen en aquellos lugares disponibles por motivos de movimientos de baja o alta. El equipo interdisciplinario está integrado por psicólogo, médico, terapeuta de lenguaje y trabajadora social bajo la coordinación técnico-administrativa de la responsable del área de atención preventiva, quienes aplican las valoraciones correspondientes. La evaluación psicológica está encaminada a lograr una apreciación más objetiva y completa utilizando -

los instrumentos clínicos y psicométricos adecuados al caso.- Concluidos los estudios diagnósticos se reúne el equipo interdisciplinario para determinar las necesidades de atención preventiva que amerita el niño motivo de estudio.

Los acuerdos a que haya llegado el equipo interdisciplinario deben ser comunicados a la responsable de atención preventiva para control, registro y ubicación en grupo de atención y entrevista de entrega de resultados a los padres. Los resultados son comunicados a la madre informándole sobre la atención que recibirá su niño.

La atención se proporciona tanto en los centros de atención preventiva como en los grupos anexos adscritos a los mismos.

Existen dos tipos de atención: grupos permanentes y grupos de terapias específicas. Las alteraciones de los niños son atendidas por especialistas. Al recibir los casos turnados por el equipo de diagnóstico el especialista realiza una valoración específica e individual que deberá constar en el expediente de cada niño.

El equipo interdisciplinario realiza revisiones periódicas cuando la evolución del niño no es satisfactoria y presenta estancamiento o regresión.

Los especialistas se reúnen periódicamente con los pa---dres de los niños para orientarlos sobre la estimulación psi

co-pedagógica en el hogar e informarles sobre los avances de sus hijos.

El Centro Pedagógico del Ajusco es una escuela bilingüe-privada que atiende el nivel preescolar y primaria. Esta escuela brinda el servicio de grupos integrados para aquellos--alumnos que presenten problemas en el aprendizaje, sin embargo hay que hacer notar que algunos de estos niños manifiestan tener alteraciones en su conducta conjuntamente con su problema de aprendizaje. Los niños que asisten a grupos integrados han sido detectados por la maestra de grupo o bien los padres han reportado la problemática al inscribirlos, por lo que estos niños no toman clase de inglés y en su lugar asisten a --una clase de educación especial denominada grupos integrados--la cual reciben medio día.

Al detectar la maestra de grupo algún problema en el ---aprendizaje del niño se le solicita al padre de familia se le practique al niño una evaluación psicopedagógica en alguna --institución (particular u oficial) para conocer a fondo el --problema específico del niño. Es requisito indispensable que el niño acuda a los servicios que en el diagnóstico se consideran necesarios, de no ser así el niño se le da de baja de -la escuela.

Ahora bien las encargadas de grupos integrados son dos--psicólogas y una pedagoga que atienden a tres grupos de niños de diferentes grados en un solo grupo combinando las actividada

des a realizar con los niños en diferentes momentos, estimulando así cada especialista diferentes aspectos del desarrollo con los niños. Las maestras encargadas estudian al principio del año cada caso para poder manejar a cada niño dependiendo de su problemática y hacer más personal el trabajo ya que se asigna un trabajo colectivo por grados y las encargadas de éste llevan un seguimiento personal de cada niño por lo que el grupo no es muy grande (20 niños).

Existe una comunicación muy estrecha entre el psicólogo que atiende al niño, padres de familia, maestros y especialistas de grupos integrados para tener un seguimiento estricto de cada niño. Cada seis meses se lleva a cabo una evaluación completa de cada niño con el propósito de conocer los avances o retrocesos de cada caso, teniendo una entrevista con los padres para informarles al respecto.

No existe tiempo límite de recuperación, sino que la atención que se les brinda en grupos integrados, dependerá de la evolución de cada niño pudiendo estar varios años en el grupo. Si al paso del tiempo no se observan avances en algún caso, se les informa a los padres de familia para que busquen otro tipo de atención más especializada.

Hay que hacer notar que el 15% del grupo lo conforman niños hiperquínéticos y éstos son los que más problemas causan dentro del grupo ya que desesperan por su alterada conducta a los demás. En muchas ocasiones las encargadas del grupo no -

saben de qué manera actuar ante diversas situaciones con estos niños que han llegado a la destrucción del lugar de trabajo.

A la mayoría de los niños hiperquinéticos del grupo se les administra medicamento en el salón de clase, sin embargo en algunos se siguen manifestando conductas hiperactivas y de agresividad hacia los otros niños.

Las áreas que se trabajan con los niños en grupos integrados son las siguientes:

- Motricidad gruesa.
- Motricidad fina.
- Area perceptual: visual y auditiva.
- Conocimiento corporal.
- Lateralidad.
- Noción Temporal.
- Noción Espacial.
- Memoria Visual.
- Memoria auditiva.
- Análisis y Síntesis visual.
- Análisis y Síntesis Auditivo.
- Lectura Oral.
- Lectura en silencio.
- Comprensión oral.
- Comprensión escrita.
- Expresión oral.

- Expresión escrita.
- Escritura.
- Copia.
- Dictado.
- Ortografía.
- Matemáticas: numeración, nociones básicas de operaciones y razonamiento matemático.

3. PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS EN LAS INSTITUCIONES

A lo largo de esta investigación se puede percibir que-- el estado de cosas en relación con este asunto no es claro, - existen controversias y diversidad de concepciones al respecto, por tanto se puede cuestionar la sistematicidad en el estudio de éste, además de existir pocas obras de psicopedagogía y paidopsiquiatría que aborden el tema.⁽¹²⁾

Algunas de las instituciones en el D.F. que atienden a-- niños con problemas de conducta y aprendizaje como el Hospital Psiquiátrico Infantil, el Hospital de Salud Mental, los - Centros de Atención Preventiva de Educación Preescolar y la - Clínica de la Conducta entre otras, han realizado pocas investigaciones sobre el tema a pesar de proporcionar este servi--cio.

Una de las investigaciones más reconocidas a este nivel-- es la realizada por Rafael Velasco Fernández en la Clínica de

la Conducta perteneciente a la Secretaría de Educación Pública a través de la cual acumuló una considerable experiencia - respecto al tema y con la particularidad de que fue obtenida en nuestro sistema educativo, la cual presenta también una revisión cuidadosa del síndrome hiperquinético y la experiencia adquirida en el trabajo clínico con el escolar mexicano. Después de lo expuesto surgen algunas preguntas: ¿Qué sucede en nuestro medio con las investigaciones? ¿Es falta de recursos humanos, materiales y técnicos? o ¿Es poco interés hacia la solución de éste?. Lo que sí sabemos es que todo esto trae consigo problemas sobre el proceso mismo de atención a estos sujetos, lo que se pudo percibir con esta investigación.

Ahora bien, una solución a este tipo de problema sería favorecer cualquier acción de apoyo que contribuya a la investigación sistematizada que promueva la orientación de personas que conviven con estos niños y que los atienden, ya que - las contradicciones observadas en la teoría se pueden percibir en la práctica, existiendo en general desorientación.

Hay que puntualizar que existen controversias en relación a la etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico -- del mismo, lo que indica que es un problema de difícil abordaje del cual los especialistas no se han puesto de acuerdo, -- existiendo así múltiples concepciones de lo que es el mismo -- así como diversas propuestas de terapia que confunden y no dejan ver la solución más acertada para cada individuo, por lo-

que se encuentran padres desorientados ya que en ocasiones han recurrido a diversos especialistas que no les han sabido orientar, también los maestros se encuentran desesperados, quienes demandan que se haga algo de inmediato con este tipo de niños.

En las instituciones a las que se tuvo acceso se puede percibir que en todas ellas existe confusión al abordar la problemática del niño hiperquinético ya que no tienen bien definido de qué se trata el problema y mucho menos la mejor forma de tratamiento para éste. A pesar de que las instituciones manejan por lo general una corriente específica de reconocer el problema, entre los mismos especialistas, existen confusiones. Debido a esto no se tiene claro qué porcentaje de niños hiperquinéticos atienden.

Las dos instituciones oficiales a las que se accedió tienen lineamientos ya establecidos tanto en su organización como en los requisitos de admisión, diagnóstico y tratamiento, observándose un ambiente burocrático ya que además de existir falta de recursos humanos y materiales algunas personas que laboran en dichas instituciones trabajan a disgusto, debido a diferentes factores como sería el bajo sueldo que perciben.

Ahora bien, con respecto al diagnóstico y tratamiento del niño hiperquinético que se lleva a cabo en estas instituciones se puede observar que dicho diagnóstico está basado en las áreas pedagógica y de conducta principalmente, por lo que el tratamiento está encaminado a solucionar los problemas de

aprendizaje y conducta a través de medicamentos y terapias de aprendizaje, olvidándose el tratamiento afectivo-emocional--- del niño que es tan importante en este tipo de problemas ya-- que el sujeto se encuentra autodevaluado e incomprendido y ne cesita ayuda en este aspecto.

Por otro lado existe la poca apertura a las investigacio nes de personas ajenas a estas instituciones y no se cuenta-- con un área de investigación la cual sea orientada a problemá ticas persistentes o mayoritarias de las mismas justificando-- esta situación con la falta de recursos económicos y humanos. Se puede observar entonces que existen pocas o nulas investi gaciones y en general se cuenta con el material elaborado en-- otros países, el cual sirve de base para el diagnóstico y tra tamiento del síndrome hiperquinético. Así la falta de inves tigación en México sobre el síndrome hiperquinético ocasiona-- que en las instituciones no exista unificación en la denomina ción del término y cada una de ellas lo perciba y nombre de-- diferente manera, lo que provoca que existan contradicciones-- entre las instituciones y dentro de las mismas, reflejando es to una falta de información y comunicación que perjudica el -- resultado del trabajo "interdisciplinario" con los niños, ade más de no existir un seguimiento de los casos dados de alta -- para ver si los resultados de la terapia fueron satisfacto-- rios o no y poder observar si existieron secuelas.

Sería conveniente reflexionar sobre esto ya que el sín--

drome hiperquinético es muy común y urge que exista una unificación de criterios.

Una alternativa a esto sería quizá que las instituciones abrieran las puertas a todas aquellas personas que tienen el interés de investigar por su cuenta sobre el síndrome hiperquinético y darle las facilidades para ello, para que de dichas investigaciones surgieran datos significativos que proporcionaran las bases para la unificación de criterios sobre la prevención, detección (de la cual casi no existen investigaciones), diagnóstico y tratamiento específicos para el síndrome hiperquinético y que a su vez exista una mayor información y comunicación entre las instituciones y dentro de éstas que se reflejaría en beneficio de la solución del problema -- del propio niño y de la sociedad en general.

Ahora bien, se tuvo también la oportunidad de investigar en una escuela privada que atiende a este tipo de niños a través de los denominados grupos integrados. Aquí se pudo percibir que la organización para atender a los niños hiperquinéticos no es la más adecuada ya que los grupos integrados están compuestos por aproximadamente 20 niños de diversas edades, con intereses diferentes y de patologías muy diferentes, lo que provoca un ambiente de agresión y poca calma, el cual --- atendían únicamente dos psicólogas que no se daban abasto, lo que se reflejaba en una falta de resultados satisfactorios para éstos.

Para finalizar se puede decir que dentro de todas las -- instituciones analizadas el tiempo necesario a la atención de cada caso es escaso ya que en general el tiempo de atención -- de cada niño es de un tiempo máximo de 2 años de terapia, los cuales como ya es sabido no son suficientes ya que el trata-- miento para el síndrome hiperquinético puede alargarse hasta la adolescencia.

C A P I T U L O I I I

PRESENTACION DE CASOS

1. SUJETOS ANALIZADOS

Con el interés de saber qué sucede en la vida real con niños hiperquinéticos se ha querido retomar la historia de cinco casos de niños diagnosticados hiperquinéticos sin pretender con esto generalizar estadísticamente los resultados sino con el propósito de corroborar o no lo dicho en la teoría.

Los niños fueron elegidos del Centro Pedagógico del Ajusco y del Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar de Coyoacán, instituciones a las cuales se tuvo acceso, tomando en cuenta las siguientes variables: edad, escolaridad, sexo y nivel socioeconómico, con el objetivo de analizar qué diferencias o similitudes presentan en su comportamiento de acuerdo a dichas variables y considerando si han llevado tratamiento farmacológico y terapias específicas y así poder comparar los resultados. Las edades varían de los seis a los nueve años y la escolaridad va desde tercero de jardín de niños hasta tercero de primaria, con el propósito de identificar diferencias o similitudes en el comportamiento de los mismos. Los sujetos elegidos son de sexo masculino ya que no se tuvo acceso a ningún caso de sexo femenino, del cual se pudiera tener un seguimiento del mismo. Se buscaron distintos niveles socioeconómicos (medio y medio-alto) con el propósito de establecer si existían diferencias en el comportamiento y trato de los padres hacia sus hijos, así como la información que éstos tenían con respecto a la problemática de sus hijos.

Se ha tratado en la medida de las posibilidades de realizar un estudio profundo de cada caso elaborando una historia-clínica lo más completa posible en base a la información proporcionada en cada una de las instituciones en donde fueron diagnosticados y tratados estos niños, (datos que no en todos los casos son los mismos debido a la metodología utilizada para el diagnóstico de cada una de las diferentes instituciones así como falta de acceso a la misma) además de la información recopilada de la observación de los maestros y padres de familia. Estos datos son de interés ya que brindarán datos significativos de causas del desarrollo del síndrome. A su vez se buscaron datos relevantes acerca del comportamiento de los niños tanto en el hogar como en la escuela que dio pauta para ver si las conductas manifiestas correspondían a la sintomatología del síndrome y la parte más importante de la investigación sería la manera en que los padres e hijos enfrentan la problemática y tratan de superarla y cómo de alguna manera la sociedad limita o frena el avance de estos niños por su estructura e ideología.

Nombre: Miguel.

Edad: 6 años.

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 30 de Noviembre de 1982.

Escolaridad: Tercer grado de preescolar.

Miguel es un niño que actualmente cursa el tercer grado de preescolar, tiene seis años de edad y asiste a un Jardín de Niños oficial.

El niño vive en compañía de su padre que es empleado, su madre que atiende su casa y un hermano de siete años que asiste a la escuela primaria.

Los antecedentes del desarrollo del niño los proporcionó la madre, la cual dice que Miguel es producto de la segunda gestación cuando ella tenía 30 años, cursó con retención de llíquidos Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), cefaleas acúfenos.

Nacimiento de treinta y ocho y cuarenta semanas de gestación, se refiere leve cianosis, la madre presentó anemia durante el embarazo con tratamiento de sulfato ferroso, sufrió durante éste, fuertes tensiones emocionales en el trabajo.

El parto fue normal de una hora de duración y se le practicó el rasgado, la posición del niño al nacer fue de cabeza.

No existen antecedentes hereditarios de enfermedades, so

lamente el padre presentó hepatitis a la edad de ocho años y la abuela materna padece de diabetes, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica o Accidente Vascular Cerebral (A.V.C.).

Aparentemente el desarrollo del niño fue normal.

Su madre lo describe como un niño que desde la edad de un año seis meses muestra inquietud, su sueño es ligero y se despierta constantemente, es envidioso con su hermano, discute mucho, es agresivo cuando se le molesta, es desordenado, no permanece mucho tiempo en un lugar, es desobediente y le cuesta trabajo aprender ya que siempre recibe quejas de su maestra.

La relación con el padre y madre es buena aunque el niño prefiere al padre, la madre reporta que la relación del niño con su hermano no es muy buena, discuten y pelean y con los otros familiares es buena y es muy querido por todos ellos.

Fuera del hogar el niño se muestra más inquieto y sobre todo cuando está rodeado de otros niños, es poco amigable y se muestra muy tímido y no se quiere separar de la mamá.

A la edad de 3 años 9 meses entró al grupo de maternal, en donde la maestra de la escuela dice que el comportamiento del niño en general es muy inquieto, indisciplinado, no obedece órdenes, poco sociable con sus compañeros, no le gusta trabajar en el salón y continuamente se sale al patio, no termina su trabajo y no puede estar sentado por mucho tiempo, ---

muestra poco interés por todo lo que se hace en clase, presenta problemas de lenguaje al grado de no ser comprensible lo que dice, no le gusta participar en las actividades musicales, ni en educación física, no trabaja, sus trabajos cuando los realiza sólo son rayones, y muy pobres, es inatento y lo único que le gusta hacer es mojarse.

Después de dos meses de asistir Miguel al Jardín de Niños, la educadora consideraba que el niño tenía un nivel más bajo de madurez en relación a sus compañeros de grupo, no se relacionaba con ellos, y su comportamiento era insoportable-- por lo que le pidió a la madre que lo llevara a un estudio médico y en especial odontológico ya que el niño presentaba carencia de piezas y no se le entendía nada cuando hablaba. El examen médico fue con el fin de conocer su estado de salud en general, (oído, vista... etc.).

En un principio la madre se resistía a aceptar que su hijo tuviera problemas, por lo que fue hasta los cuatro meses-- que presentó los resultados de los exámenes y después de insistirle mucho.

Los resultados del examen odontológico fueron: que el niño presentaba caries de diversos grados en molares inferiores, restauración en molares superiores y pérdida de dientes anteriores y probable hábito de lengua.

En el examen médico general se encontró que a nivel audi

tivo se encuentran impactados los conductos auditivos externos que es la causa de la disminución de la audición.

Presentó acortamiento del conducto auditivo externo con probable malformación del oído medio.

Al tener los resultados del examen médico y odontológico y prevalecer el comportamiento de inquietud incontrolable, se envió al niño a una valoración psicopedagógica al Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar de Coyoacán.

En esta institución se le realizó una valoración médico-neurológica, psicopedagógica y de lenguaje.

Pruebas aplicadas:

Prueba de dibujo de la figura humana de Goodenough.

Prueba Gestáltico Visomotor de L. Bender.

Prueba de Terman Merrill F.L.N.

Prueba de valoración pedagógica (P.A.R.).

Resultados de las pruebas:

	E.C.	E.M.	C.I.
- Goodenough	4.3	garabateo	
- Bender	4.3	garabateo	
- Terman	4.3	3.5	79
- P.A.R.	4.10	2.6	60

Se encontró:

- Problemas de lenguaje.
- En el P.A.R. muestra alteraciones en tres áreas por de bajo de su edad.
- Problemas de coordinación motriz fina.
- Se desconoce tamaños, no hace discriminación táctil, - no se ubica en el tiempo, ni en el espacio, desconoce la conservación de cantidad, no manifiesta creatividad alguna.
- No le interesa el cuidado personal.

Diagnóstico:

Existe un nivel muy bajo en relación a su edad en el estudio electroencefalográfico realizado.

Es reportado como normal con presencia de hiperquinesia y labilidad emocional y de inatención, sin prescripción de me dicamentos.

Recomendaciones:

Las recomendaciones del Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar fueron:

El niño continuará en el Jardín de Niños y asistirá al-- Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar, a tera pia de lenguaje y a revisión médica.

- Asistirá a grupo de estimulación múltiple una vez a la semana.

La madre asistirá a grupo de orientación de padres una - vez por semana.

En el Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar se le aplicó una revaloración neurológica en marzo de --- 1988, se puede dar el diagnóstico de niño hiperquinético con tratamiento de metilfenidato (Ritalín).

Tratamiento:

El tratamiento que actualmente recibe es:

- Psicopedagógico: asistencia al Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar, cuatro veces a la semana a-- grupo de estimulación múltiple, recibe terapia de lenguaje y-- psicomotricidad.

- Farmacológico: una pastilla de Ritalín por la mañana.

Nombre del sujeto: Iñigo.

Edad: 8 años.

Escolaridad: Primero de primaria.

Lugar y fecha de nacimiento: 21 de abril de 1981, México, D.F.

Iñigo es un niño que actualmente cursa el primer año de primaria. Tiene ocho años de edad y asiste a una escuela particular.

Iñigo vive con su padre que es arquitecto, con su madre que es educadora y con su hermano mayor de once años, el cual también es hiperquinético.

La madre informa que tuvo un embarazo normal que llegó a término, su parto fue eutócico sin complicaciones prenatales aparentes. Afirma que ella tiene el útero desviado, motivo por el cual se le informó que al nacer el niño le lastimaron el parietal derecho; posible causa de la hiperquinesia de este niño.

El desarrollo de Iñigo fue normal, sin embargo presentó una pobre coordinación motriz gruesa (caminar, brincar, correr, etc.) y fina; temblor de mano, lateralidad no definida y desde bebé fue muy inquieto.

Su madre reporta a Iñigo como un niño bastante sensible, que todo le llama la atención, absorbe todos los estímulos -- que le rodean, es un niño al que cualquier cambio le afecta y

le cuesta trabajo adaptarse, es bastante inquieto y agresivo-- debido a que es muy irritable, basta que alguien tenga contacto físico con Él para que responda agresivamente, es bastante inteligente, capta rápidamente las cosas, su pasión es la lectura la cual practica comúnmente. Solamente tiene un amigo-- el cual va a jugar a casa de Iñigo. Le cuesta trabajo tener-- amigos por ser muy irritable.

La madre de Iñigo se concibe como una persona dominante, nerviosa, ansiosa e impaciente, tiene 42 años de edad y dejó-- de trabajar como educadora debido a que sus dos hijos eran hiperquinéticos y tenía que vigilarlos continuamente, además de llevarlos al doctor y asistir a las citas de las escuelas de-- sus hijos. El padre de 42 años de edad, es nervioso, irritable, que inquieta a los niños cuando ellos se encuentran más-- o menos tranquilos. En 1989 se independizó instalando un taller de cerámica, motivo por el cual convive muy poco con sus hijos y esto es sólo por las noches cuando llega de trabajar; desatendiéndose de todas las cosas que hacen sus hijos en el-- día. Iñigo lo extraña mucho e incluso en ocasiones se pone-- la ropa de Él para jugar.

El padre no le tiene paciencia a Iñigo, se desespera muy rápidamente, tiende a llamarle fuertemente la atención. Al-- padre le ha costado trabajo entender el problema del niño, a-- pesar de que ha asistido a pláticas relacionadas con esto.

La relación entre los padres no es del todo compatible,--

tienen bastantes dificultades y según la madre cuenta, se --- siente la única responsable de sacar adelante a sus hijos y - principalmente a Iñigo, pues no cuenta con el apoyo del padre. Se siente a veces triste por la situación de su hijo pero se ha resignado y procura poner todo lo que está de su parte para sacar adelante a sus hijos. Se siente desorientada con -- respecto a cómo tratar a los niños y ha recibido poco apoyo - de las escuelas a donde han asistido sus hijos. Por otro lado piensa que hacen falta escuelas especiales para atender a este tipo de niños o por lo menos que existieran maestros pre parados para que los entendieran. Ha leído el libro de Rafael Velasco para comprender lo que sucede con sus hijos.

La relación de Iñigo con su hermano no es cordial y continuamente existen peleas. Con los otros miembros de la fami lia la relación es aceptable aunque en algunas ocasiones los desespera.

En la vida escolar de Iñigo se puede observar que han -- existido bastantes cambios; ingresa a una guardería oficial-- a la edad de 6 meses y a los 3 años presenta problemas de con ducta, motivo por el cual es canalizado con la psicóloga de - la guardería y ésta comunica a los padres que posiblemente su hijo sea hiperquinético por lo que se le realiza un estudio- neurológico. A la edad de 4 años ingresa al jardín de niños- particular en donde comenzó a tener conflictos con sus compa- ñeros y su actitud no fue aceptada por la escuela, por lo que

el niño únicamente cursó medio año escolar; después se decidió que ingresara al jardín de niños donde laboraba su madre en donde sólo estuvo 8 días. Posteriormente fue inscrito en un jardín de niños federal donde terminó lo que faltaba del año escolar. A los 5 años se inscribió en otro jardín de niños particular donde cursó medio año, ya que esta institución lo canalizó al departamento de psicología y psicopedagogía de la Dirección General de Educación Preescolar para que le realizaran un estudio porque la maestra se quejaba de su inquietud y agresividad, alteraba a todo el grupo, no atendía, se salía constantemente del salón y la maestra ya no podía controlarlo. La escuela informó a los padres que de acuerdo con los resultados del diagnóstico se decidiría si el niño se quedaba o se iba de la escuela.

Debido a las recomendaciones del estudio y a ciertas situaciones que se presentaron en la escuela, el niño fue cambiado de colegio y se le inscribió en otro colegio, paralelamente al cambio de escuela se le realizó una valoración en el (DIF) Desarrollo Integral de la Familia, empezando después de esto a asistir a terapia.

En este colegio terminó Kinder II con problemas y comenzó kinder avanzado, el cual cursó únicamente medio año, ya que en esta escuela había niños con problemas de conducta y con los cuales tenía dificultades; entonces sus padres decidieron cambiarlo a otra escuela, que les habían recomendado, y la --

cual llevaba el sistema Montessori; en esta institución es en donde terminó kinder avanzado. Durante su estancia en esta--institución, a pesar de que tuvo muchos problemas de conducta, el niño logró cumplir con la mayoría de los objetivos planteados en el sistema Montessori. Los logros alcanzados durante este año se cree que se deban a los límites bien establecidos que la maestra tenía con Iñigo. Aprendió a leer y a escribir entre otras habilidades. Al término de este año la maestra--recomendó a los padres del niño, que Iñigo siguiera repasando todo lo visto en el año ya que el niño habla llegado meses --después de haberse iniciado el año escolar.

La maestra se dio cuenta de que los padres hablan suspendido la terapia del (DIF) Desarrollo Integral de la Familia,--así como los medicamentos y les advirtió que sólo se les daba un pase provisional al siguiente grado, y que si no se reanu--daban las terapias y el tratamiento farmacológico del niño no se les daría el pase definitivo. Los padres así lo hicieron--y se les dio la inscripción para el primer grado de primaria.

En su ingreso al primer grado, Iñigo asistía media maña--na a grupo regular y media mañana a grupos integrados. En este año fue expulsado varias veces, tanto de grupo regular co--mo de grupos integrados, por la agresividad que presentaba hacía sus compañeros y maestros, así como por destruir, en va--rias ocasiones, objetos del salón de clases, debido a crisis--nerviosas. Cuando faltaban dos meses para terminar el año es

colar, Iñigo fue expulsado definitivamente de la escuela, dán dole sólo la oportunidad de presentar sus exámenes finales.

Su maestra lo describe como un niño muy inteligente pero que presenta problemas de aprendizaje debido a las alteraciones en su conducta. Le cuesta trabajo poner atención, es inquieto e impulsivo así como agresivo con sus compañeros. Desde que llega al salón muestra inconformidad, es desordenado, le cuesta trabajo poner sus útiles en su lugar, los cuales casi nunca trae completos. Es desordenado y sucio al realizar sus trabajos. no cumple con sus tareas. Su agresividad provoca que sea un niño poco aceptado entre sus compañeros. Usa un vocabulario "soez". Debido a su excesiva actividad motriz tiene una coordinación psicomotriz precaria. Le gusta leer mucho y comentar acerca de los textos, pero se rehusa a trabajar en cosas relacionadas con la escritura. Su presión al escribir es fuerte y sus líneas temblorosas debido a que su pulso es igualmente tembloroso.

La maestra lo ha tratado de motivar con premios materiales pero no se observa resultado alguno. Tampoco existen cambios cuando se le castiga.

La maestra y la directora han platicado con él pero rápidamente olvida los acuerdos y vuelve a lo mismo.

Por lo antes descrito se puede decir que el rendimiento escolar de Iñigo es bajo a pesar de ser un niño inteligente.-

Muy esporádicamente logra concentrarse y trabaja bien sacando buenas calificaciones.

Los resultados de las valoraciones hechas a Iñigo son -- las siguientes:

En la guardería el estudio neurológico reveló que Iñigo padecía una disfunción con daño en el parietal derecho y rasgos de inmadurez, por lo que se le empezó a medicar.

En la valoración que se le hizo en el Departamento de -- Psicología y Pedagogía de la Dirección General de Educación - Preescolar se dio la siguiente información: que Iñigo se mostró nervioso y angustiado y un poco ansioso. Que su atención es dispersa y cualquier estímulo llama su atención.

Los estudios realizados fueron:

- Bender Gestalt: Nivel de madurez Visomotor: 4 años 9 meses.
- Goodenough: Edad mental: 6 años 3 meses C.I. 109.
- Terman Merrill: Edad mental: 5 años C.I. 86.

Interpretación cualitativa:

Bender: Fallas en la integración, fallas en la angula-- ción y rotaciones; Índices clínicamente significativos de daño neurológico.

Su conceptualización se encuentra a nivel funcional con-

déficit en juicio y razonamiento; no establece semejanzas y--
diferencias y opuestos a su edad; en análisis y síntesis no--
une las partes de un todo.

Aún no ha adquirido el concepto de número (uno a cinco--
elementos). Presenta problemas de atención, memoria, orienta-
ción espacial, coordinación motora fina. Pobre capacidad de
planeación y anticipación. No resuelve problemas prácticos -
que se le presentan.

Diagnóstico Presunción:

Paciente que rinde a nivel de subnormalidad con serio --
déficit en percepción visomotriz, en el área cognoscitiva de-
posible base orgánica asociado a la alteración que existe en-
la dinámica familiar.

Recomendaciones:

- Cambio de escuela.
- Terapia familiar.
- Terapia psicopedagógica al niño.
- Continuar tratamiento neurológico al niño.

Los resultados obtenidos en la valoración del (DIF) Desa-
rrollo Integral de la Familia, fueron los siguientes:

Valoración de Aprendizaje:

- Percepción auditiva: Prueba de Wepman (discriminación),
presentó 10 errores.

- Memoria auditiva a nivel de palabras con relación, retiene 3 estímulos.

- Memoria auditiva a nivel de palabras sin relación, retiene 3 estímulos.

- Memoria auditiva a nivel de dígitos, retiene 4 estímulos.

- En relato recuerda palabras significativas (8 detalles) adecuado a lo esperado para su edad.

- En percepción visual (T.P.V.N.M.) obtiene una edad perceptual de 4 años 6 meses, presentando:

4 errores en relaciones espaciales.

4 errores en memoria visual.

9 errores en cierre visual.

4 errores en discriminación visual.

- Lectura: No inicia aún.

- Escritura: No inicia aún (dificultad en coordinación--visomotora).

- Matemáticas: cómputo (no inicia).

Diagnóstico:

- Problema inespecífico de aprendizaje.

- Alteración en percepción visual.

- Alteración en percepción auditiva (discriminación).

- Problemas de conducta.

Sugerencias:

Terapia perceptual en este instituto.

Tratamiento:

Desde la edad de 3 años el niño recibe un tratamiento --
farmacológico de:

- Tegretol (3 al día de 200 mg.).
- Tríoñán (1 cada 24 Hrs. de 4 mg.).
- Carbamazepina.

A partir de los 6 años comenzó a tomar:

- Ritalín (2 pastillas al día).

La terapia psicopedagógica la empieza a recibir a la ---
edad de 5 años. Y al mismo tiempo reciben terapia familiar.

Nombre del sujeto: Carlos.

Edad: 9 años.

Fecha y lugar de nacimiento: 4 de junio de 1980, México, D.F.

Escolaridad: Repetidor de primero de primaria.

Carlos es un niño que está repitiendo el primer año de primaria; tiene nueve años de edad y asiste a un colegio particular del Ajusco. Es el segundo hijo de una familia que está integrada por cinco miembros más (dos hermanas más chicas que él, un hermano más grande que él, el papá y la madre).

Vive con su padre que es industrial, con su madre que se dedica al hogar y sus tres hermanos.

La madre dice que desde la gestación de Carlos ella sentía ya una excesiva movilidad del niño en su vientre, que su embarazo fue planeado y transcurrió con normalidad y recibiendo una magnífica atención; el embarazo llegó a término y no hubo problemas a la hora del nacimiento, éste fue psicoprofiláctico. El niño al nacer padeció ictericia superándola rápidamente. Su desarrollo posterior se mostró normal sin embargo mostró torpeza en sus coordinaciones gruesas y finas. Carlos se mostraba siempre bastante extrovertido en comparación con su hermano más grande; es muy noble, quiere mucho a sus hermanos hasta el punto de echarse la culpa de las travesuras que hacen sus hermanos. Le gusta mucho el deporte y se angustia cuando fracasa en éste, sin embargo siempre quiere sobre-

salir y si falla siempre da una excusa diciendo que lo podrá hacer cuando sea mayor. Practica el karate, la natación y el football. Es muy inquieto y todo lo que realiza lo hace con mucha rapidez aunque quede mal hecho. Le gusta realizar las tareas escolares pero Estas son sucias y mal hechas por lo -- que continuamente la madre la llama la atención y obliga a repetirlas. No tiene amigos en su casa debido a que la madre--no lo deja salir y únicamente juega con sus hermanos.

La familia de Carlos es muy unida y se preocupan por el problema del niño; el padre no está mucho tiempo en casa por lo que convive poco tiempo con los hijos, aunque sí se preocupa y colabora en el tratamiento de Carlos; se siente desespe--rado y molesto por no ver avances en su hijo a pesar de las--terapias que el niño ha recibido.

La madre es aprehensiva y se angustia mucho cuando se le dice que el niño sigue mal o que no avanza; se desespera fá--cilmente porque su hijo no hace las cosas como ella quisiera, transmitiéndole al niño su angustia. La madre es la que con--vive más con los niños y Carlos se siente muy presionado por--ella.

Se puede ver que la vida escolar de Carlos ha tenido mu--chos cambios. Curso prematernal a la edad de dos años en un--colegio particular. En maternal ingresó a otro instituto par--ticular a la edad de tres años. Asistió a kinder I en la mis--ma escuela a la edad de 4 años. En kinder II ahí mismo comen--

zó a tener problemas de conducta, esto a la edad de cinco --- años, por lo que le recomendaron a los padres en la escuela - que se le hiciera un estudio psicopedagógico para saber qué-- era lo que sucedía con Carlos, ya que la maestra sospechaba - que se trataba de un niño con déficit de atención con hiperac- tividad. Se le hizo el estudio y se le recomendó que tomara- terapia de aprendizaje para reforzar las áreas en las que ha- bla salido bajo, ya que se hablaba de inmadurez y caracterís- ticas de dislexia, problemas de motricidad fina y percepción. Se le recomendó practicar algún deporte. A la edad de seis-- años cursó preprimaria en la misma escuela en donde se seguía reportando como un niño con problemas de conducta y aprendiza- je, a pesar de asistir a la terapia. A los siete años ingre- sa en la misma escuela a primero de primaria donde la maestra observa que no hay avances en el niño. Los padres piden una- cita a la maestra para saber cómo va su hijo; en ésta la maes- tra les dice que no siente apoyo de parte de los padres hacia la escuela, los padres se molestan y sacan al niño de la es- cuela a los cuatro meses. Transcurrido el año escolar logran inscribirlo en otro colegio particular en donde llegó en el - mes de Enero de 1987 sin saber leer y escribir; en el trans-- curso de este año Carlos no logra la madurez adecuada para ad- quirir las habilidades y conocimientos necesarios para pasar- a segundo año. Su dificultad primordial se encontraba en la- lecto-escritura, la cual no pudo adquirir durante el periodo- que le faltaba para transcurrir el año escolar. La maestra--

decide que repita el año para que logre madurar y se sienta-- más seguro de sí mismo.

La institución por tal motivo solicita que se le vuelva a evaluar psicopedagógicamente para conocer con más claridad qué sucede con Carlos. También se sugirió que el siguiente-- año escolar ingresara medio turno a grupos integrados, servicio que presta esta institución, suspendiéndosele las clases de inglés. Cuando repite primero en su grupo regular se adapta fácilmente se siente agusto, lo que no sucede al asistir a grupos integrados donde el niño se muestra agresivo teniendo dificultades con sus compañeros.

La maestra lo describe como un niño que tiene poca concentración, que se distrae fácilmente con todo lo que sucede en el salón, tiene una inteligencia normal pero sigue presentando dificultades en la lectura y escritura y se rehusa a -- practicarlas en la escuela. Es impulsivo por lo que en ocasiones no termina de completar frases o palabras; al leer inventa lo que está leyendo pues quiere terminar rápidamente. - Sus trabajos los realiza con rapidez pero son de mala calidad; no respeta el renglón al escribir. Es desorganizado por lo-- que mantiene su lugar en desorden y pierde continuamente las cosas. Se pone muy nervioso al presentar sus exámenes, los-- cuales contesta mal aunque sepa lo que se le está preguntando, debido a su impulsividad y a que en ciertas ocasiones no sabe seguir instrucciones. Presenta dificultades en su coordina--

ción visomotora y en su percepción. Su rendimiento escolar es bajo a pesar de estar asistiendo a terapia específica de aprendizaje, desde inicio de año escolar, aunque sí se han observado algunas mejoras en español, principalmente en lectoescritura.

Tiene dificultad para relacionarse con sus compañeros manifestando conductas de agresividad hacia ellos y hacia sus maestros. Es muy ansioso, lo que provoca que no piense las cosas antes de hacerlas; utiliza un vocabulario "soez" el cual no sabe controlar.

El segundo estudio practicado a Carlos en consultorio particular reportó los siguientes resultados:

Pruebas aplicadas:

- Escala de Inteligencia Weschler para niños (WISC).
- Prueba de Desarrollo de la Percepción Visual de M. Frostig:
- Prueba Guestdáltico Visomotor de L. Bender (Koppitz).
- Prueba Gráfico Proyectivo Casa-Arbol-Persona (H.T.P.).
- Prueba de la Familia (Cormon).
- Prueba de frases incompletas para niños (Sacks).
- Prueba de Apercepción Temática para niños (CAT).
- Prueba de Dominancia Lateral (Sherry R. Migdail).
- Area de coordinación motora fina: Actividades de papel y lápiz.

- Actividades instrumentales.
- Noción Corporal.
- Noción Espacial.
- Noción Temporal.
- Lectura, Escritura y Matemáticas.

Resultado de las pruebas:

En la escala de Inteligencia de Weschler se pudo observar que Carlos se maneja con una inteligencia promedio normal Coeficiente Intelectual (C.I. 99) habiendo una diferencia significativa de diez puntos entre las habilidades teórico-abs--tractas (C.I. 103) y las práctico-concretas (C.I. 93).

En la escala verbal se puede observar un rendimiento adecuado reflejado en una buena capacidad para captar la esencia de los objetos que le rodean, para obtener los conocimientos-necesarios provenientes del medio y la educación, así como para resolver con lógica y sentido común problemas prácticos de la vida cotidiana.

Las funciones de atención y concentración así como la habilidad de memoria inmediata se encuentran decrementadas debido a un estado de ansiedad que interfiere en los procesos de pensamiento.

En la escala de ejecución se observó dificultad al integrar las partes en un todo coherente (dominio gestáltico);-- así como en la habilidad para observar y discriminar detalles.

Su desempeño a nivel de coordinación visomotriz en coordinación con la memoria automática se encuentran también decremen-
tadas.

Por otra parte las funciones de análisis y síntesis como el desempeño en las habilidades de anticipación y planeación se encuentran a un nivel promedio. Las discrepancias encontradas en las dos escalas se deben a factores tanto a nivel visomotriz como de carácter emocional, lo que está impidiendo un desarrollo armónico de sus potencialidades.

En la prueba de desarrollo de la Percepción Visual de M. Frostig el cociente de percepción es indicador de un desempeño inferior al promedio, detectándose que las funciones deficientes son aquellas que tienen que ver con la coordinación motora que se traduce en la dificultad en el desempeño de tareas que implican control adecuado del lápiz y la capacidad para diferenciar un estímulo del fondo perceptual; el rendimiento observado en las demás áreas es adecuado.

En la prueba de Bender se obtuvo un puntaje neto de diez que equivale a la edad de 5 años 6 meses a 5 años 11 meses, - observándose los siguientes indicadores: distorsión de la forma (Fig. A, 3, 7 y 8) Integración (A, 3, 6, 7) y Rotación --- (4 y 7).

Por medio de las pruebas proyectivas se detectaron los siguientes indicadores: inmadurez, inestabilidad, inseguridad,

gran nivel de ansiedad manifiesta, ambivalencia en cuanto a-- estados de ánimo, sensibilidad, sentimientos de minusvalía y baja tolerancia a la frustración.

La dominancia lateral de Carlos no está definida (no es predominantemente Diestro).

En la coordinación motora fina se observa que es diestro y que tiene un adecuado manejo al tomar el lápiz, sin embargo sus trazos al dibujar y escribir son irregulares.

En actividades instrumentales; el rendimiento general de Carlos en actividades de ensartado y cubos es adecuado, sin embargo se observa dificultad al recortar trazos angulares y circulares.

En noción corporal logra estructurar esquemáticamente la imagen corporal discriminando las partes gruesas como las finas.

En noción espacial reconoce y nombra correctamente las diferentes posiciones con respecto a sí mismo y a otra persona u objeto.

En noción temporal conoce los días de la semana, manejando hoy-ayer-mañana. Aún no logra nombrar en secuencia los meses del año y confunde las características de las estaciones del año.

En lectura su nivel es bajo presentando silabeo, por lo-

que su entonación y ritmo son deficientes; omite o aumenta letras e inventa palabras, lo cual hace que su comprensión también sea deficiente.

En escritura se observa que sus trazos son irregulares-- por lo que presenta mala integración de las grafías.

En copia y dictado no respeta puntuación, hace mal uso-- de mayúsculas, une y separa inadecuadamente las palabras y -- omite o sustituye grafías.

En cálculo en numeración conoce y maneja unidades, decenas y centenas a nivel de reconocimiento y lectura de cantidades. En operaciones conoce el mecanismo de la suma y la resta con agrupamiento. En razonamiento matemático logra razonar problemas con una incógnita que requieren de una operación para su solución, cuando se le ofrece una ayuda explicativa que le haga pensar y reflexionar lo que va a hacer, pues de primera instancia responde y soluciona los problemas sin pensar.

Diagnóstico presunción.

Carlos es un niño cuyo rendimiento intelectual corresponde a una inteligencia normal, dicho rendimiento se ve afectado por un deficiente nivel visomotriz y perceptual, observándose también deficiencias a nivel coordinación visomotriz y en su capacidad para diferenciar un todo del fondo perceptual.

Por otra parte también se detectan componentes a nivel-- emocional específicamente un alto nivel de ansiedad que están interfiriendo en el buen funcionamiento de los procesos de -- pensamiento.

Estas deficiencias hacen que Carlos se comporte como un niño sumamente activo con tendencias a actuar impulsivamente, con poca capacidad de atención y concentración, haciendo que su rendimiento académico se vea afectado en las áreas de lectura, escritura y cálculo.

Recomendaciones:

Terapia de educación especial.

Práctica de alguna actividad deportiva.

Revisión neurológica.

Revaloración en un año.

Tratamiento:

Después del examen neurológico realizado a Carlos se le recetó una pastilla de Ritalín por la mañana.

A los 5 años 2 meses comenzó a tomar terapia de aprendizaje para reforzar sus áreas.

Práctica de deporte como tratamiento.

A los 8 años 3 meses comienza a recibir apoyo psicopedagógico en grupos integrados.

A los 8 años 3 meses comienza a recibir terapia psicopedagógica.

Nombre del sujeto: Santiago y Diego.

Edad: 9 años.

Escolaridad: Santiago segundo de primaria, Diego tercero de -
primaria.

Lugar y fecha de nacimiento: 28 de marzo de 1980 en México, D.F.

Santiago y Diego son gemelos, tienen 9 años de edad, cursan grados diferentes debido a que Santiago repitió el primer grado de primaria, actualmente Diego cursa el tercer grado de primaria y Santiago el segundo grado de primaria en una escuela particular.

Santiago y Diego son los segundos hijos de una familia - que está integrada por el padre de 40 años de edad que es ingeniero, la madre de 37 años de edad que es psicóloga clínica y una hermana mayor de 12 años de edad que cursa el sexto grado de primaria.

La madre dice que su embarazo fue planeado acudiendo a - frecuentes consultas médicas, sin darse cuenta que el embara- zo era gemelar, hasta la hora del parto que se presentó a los 8 meses, el cual iba a ser psicoprofiláctico y al darse cuen- ta que eran dos niños se hizo cesárea.

Diego fue el primero en nacer teniendo un apgard de 9,-- después nació Santiago teniendo un apgard más bajo (de 8) y - padeciendo de ictericia, lo que no sucedió con Diego.

El desarrollo de los niños fue lento observándose mayor retraso en Santiago, por lo que desde los seis meses asistieron a terapia de estimulación temprana para apresurar su desarrollo. Santiago es más torpe que Diego por lo que sufría de frecuentes caídas golpeándose la cabeza. Se observó retraso en el desarrollo del lenguaje en los dos niños, emitiendo sus primeras palabras hasta la edad de dos años.

En general muestran torpezas al ejecutar diferentes tareas como vestirse y desvestirse, abrocharse los zapatos, etc.

La madre los describe como inmaduros en cuanto a que hacen menos cosas de las esperadas para su edad, son inatentos, les cuesta trabajo concentrarse, son impulsivos, hipersensibles, nerviosos, son inseguros por lo que demandan una atención constante, son introvertidos, inquietos y torpes al realizar diversas tareas.

Desde pequeños manifiestan los mismos gustos y juegan -- siempre lo mismo, mostrando poco interés por relacionarse con otros niños.

Al ir creciendo Diego se ha inclinado por las actividades deportivas y Santiago por actividades artísticas (la música).

La llegada de los gemelos causó sorpresa y alegría en -- los padres y en toda la familia en general, a excepción de la

hermana mayor que en un principio se sintió desplazada y posteriormente fue cariñosa con sus hermanos.

Las relaciones familiares son cordiales entre los miembros de la familia, el padre por su trabajo está muy poco -- tiempo en la casa, sin embargo ese tiempo se los dedica a la atención de los niños. El padre es el encargado de llevar a los niños a la escuela, convive con ellos a la hora de la comida y en el momento en que los niños tienen que acostarse.-- La madre trabaja por las mañanas en el (DIF) Desarrollo Integral de la Familia, mientras los gemelos asisten a la escuela, es ella la encargada de recogerlos y llevarlos a la casa. Al -- gunas tardes la madre trabaja fuera del hogar, y la hermana -- mayor es la encargada de cuidar a los gemelos, con la cual -- mantienen una relación armónica; desde pequeños Santiago ha -- jugado el rol de "pequeño de la casa", del desvalido, y así -- ha sido tratado por toda la familia, por lo tanto pide ayuda -- y protección de las personas que lo rodean, por otra parte -- Diego ha asumido el rol de fuerte y protector de su hermano y por este motivo le brinda cuidados y atención, aprovechando -- esta situación para manipularlo en algunas ocasiones, esto se ha manifestado tanto en la escuela como en la casa, lo que ha propiciado que Diego de alguna manera sobresalga más que Santiago y por tanto muchas veces sus padres se inclinan más hacia Diego pues Santiago los desespera más fácilmente.

Los gemelos siempre han sido muy unidos a tal grado de--

que lo que hace uno lo hace el otro, y haciendo a un lado a la hermana en sus juegos. Al paso del tiempo Diego ha mostrado una mayor preferencia hacia la hermana debido a los intereses en común que existen entre ellos.

Al principio a los padres les costó mucho trabajo aceptar la problemática de sus hijos y poco a poco la han ido asimilando. La madre que es psicóloga clínica y que sabe en qué consiste este síndrome, además de atender en muchas ocasiones a niños hiperquinéticos, dice que vivir esta problemática en carne propia y por partida doble, es diferente a atender a -- otros niños, ya que con sus pacientes está exenta de jugar el rol de madre. Por otro lado dice que le es difícil mantener ciertos límites con los niños y cuando dichos límites no son respetados se desespera y se angustia pues el manejo de los -- niños es muy difícil, tanto para la madre como para el padre.

El problema de los gemelos no ha afectado la dinámica familiar ni la relación como pareja.

Los gemelos asistieron a la edad de dos años y medio a un cuarto de cuña del sistema Montessori, en el cual empezaron a presentar problemas de conducta, coordinación motriz y socialización. A la edad de tres años y medio ingresan a kinder I (maternal) en la escuela particular en donde siguen manifestando los mismos problemas, por lo que comienzan a asistir a un centro psicopedagógico con el objeto de que se les -- practique un estudio psicopedagógico, el cual no fue posible

realizar, debido a que los niños eran muy pequeños e inquietos. Se les envía al neurólogo al mismo tiempo que comienzan una terapia basada en la observación de los problemas más evidentes que presentaban los niños (lenguaje, coordinación motriz fina y gruesa, percepción).

Kinder II y kinder avanzado lo cursan en la misma escuela, con sistema Montessori y es aquí en donde se empieza a observar avance en los niños a pesar de que seguían presentando problemas de socialización.

Pasaron a primero de primaria en la misma escuela, asistiendo los dos niños al mismo grupo, pero ahora con un sistema educativo tradicional más restringido y con menos libertad. Al mismo tiempo asistían, media mañana, a grupos integrados, en la misma escuela, en donde se les estimulaban ciertas áreas del desarrollo que apoyaban el aprendizaje de los niños.

Al finalizar el año escolar Santiago no logró tener grandes avances en comparación con Diego, Santiago se mostraba -- muy dependiente de su hermano y no quería separarse de él. -- Siempre salía más bajo en calificaciones, reprobaba los exámenes y se mostraba siempre más inseguro y nervioso, parecía -- ser que su capacidad para adquirir conocimientos era menor a la de Diego, su atención era muy dispersa por lo que no terminaba los trabajos de la clase; por otro lado Diego fue mejorando en su organización al realizar sus trabajos, ya podía -- terminar algunos de los trabajos de la clase, comenzó a tener

amiguitos que lo aceptaban tal y como era lo que le brindó -- más seguridad. A pesar de que su nivel académico seguía siendo bajo los avances de Diego a nivel conductual y académico-- fueron significativamente mayores a como el niño comenzó el año.

Esta situación llevó a tomar la decisión de que Santiago repitiera año y que Diego pasara a segundo a pesar de su bajo nivel académico. Esto serviría para que Santiago madurara un poco más, ya que al no estar cerca de su hermano, tendría que adquirir un poco más de seguridad en todo lo que hacía.

Al siguiente año escolar estuvieron separados integrándose cada uno a su grupo sin dificultad debido esto al buen manejo que los padres supieron hacer al respecto, sin embargo se observó que Santiago buscaba a su hermano a la hora del recreo para jugar con él y con sus compañeros del año pasado.

Al repetir el primer año de primaria, Santiago es descrito por su maestra como un niño sin concentración, inquieto, no termina los trabajos los cuales se encuentran en desorden, su lenguaje oral y escrito es precario y su razonamiento se encuentra a un nivel muy bajo, por lo que su rendimiento académico en general es bajo.

Al principio la relación con la maestra era de indiferencia pero poco a poco se encariñó con ésta ya que le hacía notar únicamente las cosas positivas tratando de no hacer notar

las negativas. Esto llevó al niño a que su estima se elevara y a tratar de hacer las cosas para demostrarse a sí mismo y a los demás que sí podía hacer bien las cosas, se esforzaba y comenzó a obtener buenas calificaciones. En grupos integrados también se pudo observar un avance significativo en el niño. Esto permitió mayor aceptación por parte de sus compañeros y Santiago empezó a mostrar mayor interés en la participación de las actividades y en la convivencia con sus compañeros de grupo.

La relación de Santiago con sus nuevos compañeros no fue óptima pero ellos poco a poco lo iban aceptando más en el grupo a pesar de que era impulsivo y provocaba por lo mismo cierto malestar en sus compañeros. En general el rendimiento de Santiago en este año es bajo a pesar del esfuerzo que éste ha hecho por mejorar.

En segundo grado Santiago sigue presentando problemas para concentrarse, en matemáticas tiene baja reflexión para los problemas y se distrae muy fácilmente.

Santiago se muestra más independiente y participativo en clase, sobre todo cuando ha consolidado un conocimiento, aunque se observa que frecuentemente solicita la ayuda del maestro y se nota que se molesta cuando se le dice que los trabajos están mal. Es bueno en lectura y le gusta leer en público. En los exámenes se pone nervioso y se bloquea lo que no-

le permite razonar, es necesario prestarle ayuda personal, -- leerle las consignas y cuestionarle acerca de las situaciones.

Su maestro dice que es un niño emocionalmente inestable, sus estados de ánimo tienen cambios muy marcados que pasa de la depresión a la alegría fácilmente. Es muy sociable y se deja manejar fácilmente por sus compañeros, tiene una gran -- aceptación en el grupo y le gusta ser protegido por sus compa^ñeros. No presenta marcados problemas de disciplina.

Diego por su parte ingresó a segundo año con la misma -- maestra del año escolar anterior, la cual siguió motivándolo para que fuera alcanzando los objetivos del año escolar. Cuando Diego lograba llegar a ciertas metas la maestra lo estimulaba para seguir adelante y siempre estuvo muy al pendiente de él. Durante este año escolar el niño tuvo altibajas de -- conducta y aprovechamiento persistiendo su poca concentración, pero aun con esto se observaron mejoras significativas.

Su relación con el grupo fue cada día mejor y en ocasiones él tenía la iniciativa en los juegos.

En tercer grado Diego es descrito por su maestra como un niño con poca concentración, nervioso, necio, impulsivo e inquieto, que habla mucho. Sus trabajos son limpios pero es -- muy lento para trabajar. Su razonamiento se encuentra a un -- nivel muy bajo en comparación con el grupo sobre todo en cálculo mental.

No le gusta leer y se pone muy nervioso al hacerlo por--
lo que su rendimiento en lectura de comprensión es bajo y muy
concreto, necesita de ser estimulado para poder realizar sus-
tareas adecuadamente, las cuales al principio no terminaba pe
ro debido al estímulo constante de la maestra ha logrado ter-
minar las actividades propuestas.

Su rendimiento académico ha mejorado notablemente en com
paración con años anteriores. Diego se esfuerza cada día más
por lograr mejorar calificaciones, lo que le hizo merecedor a
un diploma de aprovechamiento.

En grupos integrados se nota que es más inquieto debido-
a que el ambiente es desordenado y existe poco control por --
parte de las maestras, este ambiente altera el comportamiento
de Diego, ya que en el grupo regular Diego se comporta más --
tranquilo y responde mejor a las actividades debido a que ---
existe orden y disciplina.

Cuando los gemelos tenían 3 años 11 meses, sus padres --
con el propósito de saber qué pasaba con ellos, ya que presen-
taban problemas de conducta en la escuela, así como problemas
de lenguaje y retraso en su desarrollo, acuden a un centro --
psicopedagógico para que les realicen a los niños un estudio.
Dicho estudio no es posible llevar a cabo ya que los niños --
son pequeños y muy inquietos, no mostraban el menor interés--
por realizar las actividades que se les pedían y esto difícul
tó el trabajo de la psicóloga, por lo que se considera neces
a

río el enviarlos con el neurólogo para saber si no existe algún problema más severo. El electroencefalograma de los niños resultó normal y sólo fueron diagnosticados como niños -- con inmadurez neurológica sin necesidad de ser medicados.

La psicóloga por su parte recomienda a los padres de los gemelos, que les den café como una medida tranquilizadora, y así lo hacen.

A la edad de 6 años 10 meses, a Santiago se le realiza una valoración psicopedagógica, de la cual no se tienen los resultados porque éstos fueron enviados al neurólogo y no se pudieron recuperar, sin embargo, en la entrevista que se llevó a cabo con la psicóloga se reporta lo siguiente:

A Santiago se le aplicó una batería de pruebas que consistió en:

- Prueba de Inteligencia de Wechsler para escolares (WISC).
- Prueba Gestáltico Visomotor de L. Bender.
- Prueba del dibujo de la casa-árbol-persona (H.T.P.).
- Examen de articulación de lenguaje.

Los resultados indican que Santiago se desenvuelve con una inteligencia normal torpe. En la prueba de Bender se encontraron datos significativos de una posible disfunción cerebral. Las pruebas proyectivas que se aplicaron a Santiago -- muestran que tiene problemas para controlar sus impulsos, así como para relacionarse se muestra ansioso e inseguro. En el-

examen de articulación de lenguaje se observan problemas en la pronunciación de sílabas trabadas, existiendo sustituciones y omisiones de letras.

El diagnóstico fue de que Santiago era un niño con inmadurez neurológica y emocional, con problemas de lenguaje.

El tratamiento fue el siguiente:

- Revaloración neurológica.
- Continuar con la terapia de educación especial y de lenguaje.
- Orientaciones a los padres sobre el manejo del niño.

Una vez hecha la revaloración neurológica, el neurólogo prescribe para el niño un tratamiento farmacológico.

En 1989, cuando Santiago tiene 9 años 1 mes se le realiza una revaloración psicopedagógica en la cual se le aplican una batería de pruebas, las cuales consistieron en:

- Prueba de Inteligencia Wechsler para escolares (WISC).
- Prueba Gestáltico Visomotor de L. Bender.
- Examen de articulación de lenguaje.

Los resultados fueron los siguientes: Santiago sigue desenvolviéndose con una inteligencia normal torpe, sin embargo se observa que la diferencia que existía entre edad cronológica y edad mental ha disminuido, mostrándose con esto una mayor madurez en el niño.

En Bender se observa que siguen existiendo datos signifi-cativos de una disfunción cerebral y obtiene una edad mental de 8 años, sin embargo la ejecución del test muestra una me--
 jor organización y coordinación visomotriz en la reproducción de las figuras.

En la revaloración del lenguaje ya no se observa ningún problema en la articulación de las palabras.

Diagnóstico Presunción:

Santiago presenta una disfunción cerebral, motivo por el cual tiene problemas en su atención, concentración, percep-
 ción y coordinación visomotora, así como alteraciones en su conducta.

Recomendaciones:

- Continuar con su tratamiento farmacológico.
- Terapia de educación especial.
- Orientaciones a los padres sobre el manejo del niño.

Tratamiento:

- A la edad de 3 años 11 meses el niño toma café como --
 una medida tranquilizante.

- Desde la edad de 6 años 11 meses por prescripción médi-ca empieza a ingerir 25 mg. de Ritalín al día únicamente en -
 periodo escolar.

- Terapia de estimulación temprana desde los 6 meses de-

edad hasta un año de edad.

- Terapia de lenguaje, de percepción y de psicomotricidad desde la edad de 3 años 6 meses hasta los 6 años 6 meses de edad.

- Apoyo psicopedagógico de grupos integrados desde los 6 años 6 meses.

- Terapia psicopedagógica a partir de los 6 años 10 meses.

A Diego por su parte, que es atendido en el mismo Centro Psicopedagógico por otra psicóloga, se le realizan los siguientes estudios:

A la edad de 5 años 11 meses se aplica una batería de pruebas la cual está formada por: prueba de Inteligencia de Wechsler para preescolares (WIPPSI), prueba Gestáltico Visomotor de L. Bender, prueba del dibujo de la casa-árbol-persona (H.T.P.), prueba del dibujo de la familia, prueba de articulación del lenguaje y prueba de Desarrollo de la percepción visual de M. Frostig.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: La prueba de inteligencia indica que Diego tiene una inteligencia Limitrofe. En Bender se obtienen datos significativos de disfunción cerebral. En la prueba de Frostig se observa un cociente de percepción por abajo del promedio esperado para su edad. En la prueba H.T.P., y en el de la Familia, Diego pre-

senta problemas para el control de sus impulsos, problemas para relacionarse, inseguridad y timidez. En el del lenguaje-- se observan sustituciones y omisiones en sílabas trabadas y - simples.

Diagnóstico:

Diego es un niño que presenta una posible disfunción cerebral, la cual está provocando problemas de conducta y aprendizaje.

Recomendaciones:

- Terapia de educación especial.
- Terapia de lenguaje.

A la edad de 6 años 11 meses a Diego se le realiza una-- revaloración psicopedagógica que consiste en: Aplicación de-- las pruebas de Inteligencia de Wechsler para escolares (WISC), prueba Gueſtáltico Visomotor de L. Bender, prueba del dibujo-- de la casa-árbol-persona (H.T.P.), prueba del dibujo de la fa milia y evaluación de las áreas de lecto-escritura y cálculo.

Los resultados de esta revaloración fueron los siguientes: Diego está funcionando con una inteligencia de normal -- torpe; en Bender se encontraron datos significativos de dis-- función cerebral, como son la dificultad para la reproducción de algunas figuras, la perseveración, la rotación y la desintegración. Así como también la dificultad en la angulación y

en el cierre de las mismas. Se encontró una madurez en la -- percepción visomotora correspondiente a la de un niño de 5 -- años 2 meses que acude al jardín de niños.

Por las pruebas proyectivas aplicadas se nota que Diego -- presenta problemas para el control de sus impulsos, así como -- también presenta dificultades para el manejo de su ansiedad, -- por lo que en ocasiones llega a actuar de una forma inadecua -- da.

Diego es un niño inseguro, tímido, que le cuesta trabajo -- relacionarse ya sea con niños de su misma edad o con adultos, -- por lo que sus relaciones en ocasiones tienden a ser agresi -- vas o por el contrario, llega a actuar de una forma retraída.

Dentro del aspecto académico se evaluaron las siguientes -- áreas: lectura oral, lectura de comprensión, copia, dictado, -- escritura espontánea y cálculo; encontrándose alteraciones im -- portantes en los procesos involucrados en dichas áreas (memo -- ria visual, memoria auditiva, discriminación visual, auditiva, -- relaciones espaciales y coordinación visomotora), las cuales -- están interfiriendo en las tareas requeridas para un rendi -- miento escolar adecuado.

Diagnóstico:

De acuerdo a la evaluación llevada a cabo se puede ver -- que Diego es un niño con una capacidad intelectual correspon --

diente a normal torpe pero que debido a problemas en su coordinación visomotora, percepción visual, atención y concentración y otros procesos involucrados, causados por una disfunción cerebral, su rendimiento se ve aún más afectado.

Es importante hacer notar que Diego ha tenido mejoras importantes a través del tiempo en que ha acudido a su terapia, sin embargo podemos observar que aún existe una inmadurez tanto en el aspecto emocional como en el psicopedagógico, ocasionando un rendimiento escolar no satisfactorio y conductas no adecuadas para su edad.

Recomendaciones:

- Continuar con su terapia de educación especial.
- Revaloración neurológica.
- Sesiones de orientaciones a los padres sobre el manejo del niño.

Una vez hecha la revaloración neurológica, el neurólogo prescribe para el niño un tratamiento farmacológico.

A la edad de 8 años 8 meses se le realiza otra revaloración con la aplicación únicamente de la prueba de Inteligencia de Wechsler para escolares (WISC), observándose con esta revaloración que Diego se desempeña con una inteligencia de normal torpe, existiendo una discrepancia entre la escala verbal y de ejecución de 23 puntos, es decir, escala verbal 99, - escala ejecutiva 76.

Por lo que la psicóloga recomienda que el niño siga con su terapia de educación especial y su tratamiento farmacológico.

Tratamiento:

- A la edad de 3 años 11 meses Diego tomó café como medida tranquilizante.

- A la edad de 6 años 11 meses por prescripción médica-- empieza a ingerir 20 mg. de Ritalín al día, únicamente en periodo escolar.

- A los 7 años 6 meses se le reduce la dosis de Ritalín a 5 mg. al día.

- Terapia de estimulación temprana desde la edad de 6 meses hasta la edad de un año.

- Terapia de lenguaje, de percepción y de psicomotricidad desde la edad de 3 años 6 meses hasta los 6 años 6 meses.

- Apoyo psicopedagógico de grupos integrados desde los 6 años 6 meses.

- Terapia psicopedagógica a partir de los 6 años 10 meses.

2. ANALISIS DE LOS PROBLEMAS COMUNES EN LOS CASOS REVISADOS

Analizando los casos anteriormente descritos se encontró que existen similitudes y diferencias en el desarrollo de los mismos que ratifican de alguna manera lo que se ha dicho del síndrome hiperquinético en relación a la gran variedad que -- existen en sintomatología, etiología así como en la forma de abordarlo y evaluarlo.

Ahora bien en el análisis hecho a los cinco casos no se encontró ningún dato significativo de herencia así como tampoco indicios en las familias sobre problemas de salud mental.

La mayoría de las madres de los sujetos tuvieron un embarazo y parto normal y sólo una de ellas tenía el útero desviado, lo que se cree lastimó al niño al nacer en el parietal de recho. Otra de las madres presentó anemia en el embarazo así como retención de líquidos HAS, cefaleas, acúfenos, presiones emocionales y caída con pérdida de conocimiento, lo que se -- cree también puede ser la causa del padecimiento del niño.

Las enfermedades padecidas por los sujetos en los primeros años de su vida, son las propias de la infancia, además -- de padecer infecciones en la garganta y en el oído. Aunque -- no en todos los casos las enfermedades son las mismas, algunas de éstas entran en el cuadro de la etiología del síndrome (según R. Velasco F.). Algo que puede ser significativo en -- este aspecto, es el padecimiento de ictericia, al nacer, de --

tres de los sujetos. Lo dicho anteriormente corrobora de alguna manera lo dicho al respecto de la diversidad de causas-- del síndrome hiperquinético y la dificultad que esto representa para poder establecer un cuadro clínico de la etiopatología del síndrome.

El desarrollo de estos niños no fue normal y ha presentado inmadurez en diferentes aspectos de las áreas del desarrollo infantil. Lo más significativo en todos los casos, al -- respecto, es lo siguiente:

Retraso en la psicomotricidad fina y gruesa, lateralidad no definida, inmadurez en coordinación visomotriz, deficiencia en la organización temporal y espacial; déficit en la utilización del espacio gráfico.

En percepción, inmadurez en coordinación visomotora, figura fondo, constancia de forma y relaciones espaciales.

En lenguaje oral, dificultades en la articulación, comprensión y expresión del lenguaje. Aunque algunos de estos-- aspectos como la articulación y la expresión del lenguaje se han superado con la terapia no ha sucedido lo mismo con la -- comprensión, ya que todos los niños siguen mostrando dificultad para comprender las órdenes verbales que se les dan.

En el lenguaje escrito, presentan dificultad en la comprensión de lectura y expresión.

En el área cognoscitiva presentan dificultades en los aspectos de atención, memoria, análisis y síntesis, juicio y razonamiento y solución de problemas.

En el área afectiva emocional también presentan inmadurez y presentan dificultad para relacionarse, son poco sociables, impulsivos, nerviosos, poseen poca creatividad, demanda constantemente ayuda, presentan comportamientos agresivos y regresivos.

Ahora bien en los diagnósticos se observa lo siguiente:

En el diagnóstico neurológico todos los sujetos son reportados como niños hiperquinéticos con rasgos significativos de inmadurez en diferentes áreas.

El diagnóstico psicológico reporta un Coeficiente Intelectual que oscila entre el nivel limítrofe y nivel término-medio normal, así como alteraciones en algunas áreas del desarrollo.

El comportamiento de estos niños en su hogar es de una excesiva inquietud, de inmadurez, ya que hacen menos cosas de las esperadas para su edad (vestirse y desvestirse solos, comer solos, falta de control de esfínteres, etc.). Tienen dificultad para realizar tareas asignadas, pasan fácilmente de una actividad a otra, tienen poca concentración, son inseguros y nerviosos, les cuesta trabajo iniciar el sueño y por lo regular éste es intranquilo y corto, son hipersensibles e im-

pulsivos, por lo general los padres tienen que estar constantemente al pendiente de ellos.

En la escuela son inquietos, agresivos en su mayoría, --- con falta de concentración, son impulsivos y poco sociables, --- continuamente molestan a sus compañeros, son poco cuidadosos --- en sus trabajos escolares y muestran poco interés en éstos.

En general las autoridades escolares se quejan de ellos --- y en algunas ocasiones han sido expulsados de las escuelas. --- Su adaptación a la escuela fue difícil y la mayoría de estos niños, presentó resistencia a quedarse en el plantel educativo causando problemas desde el principio por su comportamiento inadecuado. Su rendimiento escolar se encuentra en un nivel más bajo de lo esperado para su edad y grado escolar, lo que en uno de los casos, esto ha provocado que se amerite el repetir el año escolar, y aunque los demás no han repetido --- curso sus calificaciones han sido muy bajas y asisten con regularidad a grupos integrados o a estimulación múltiple.

Estos niños parecen ser aceptados por sus familiares y --- se llevan bien con padres y hermanos. Aunque se hace evidente que la relación más tirante suele ser con el padre (varón), el cual pasa menos tiempo con el niño y al convivir con éste se desespera más fácilmente, teniéndole menos paciencia. En algunos casos es la madre la que más reprende a los niños, --- por lo que éstos se molestan más con ella que con el padre.

En relación con los amigos, son niños que generalmente-- no hacen amistades y continuamente se encuentran en conflicto con compañeros y vecinos.

La atención psicopedagógica que reciben estos sujetos,-- se inició a temprana edad (aproximadamente entre los tres o-- cuatro años). Tres de los niños asisten a terapia por la tarde a un centro psicopedagógico particular; otro asiste a una institución del gobierno (DIF) Desarrollo Integral de la Família, además de asistir por las mañanas a grupos integrados en donde se les brinda una atención especializada que apoya sus clases regulares; el otro sujeto asiste a terapias de lenguaje, psicomotricidad y estimulación múltiple en el Centro de - Atención Preventiva de Educación Preescolar (CAPEP Coyoacácn)- por las mañanas.

En todos los casos, los sujetos fueron medicados desde-- temprana edad recibiendo diferentes dosis de medicamentos. -- Actualmente todos los niños están medicados con Ritalín.

Los profesionistas que atienden a estos niños coinciden en la necesidad de medicar a estos niños con el propósito de controlar su excesiva actividad motora, lo que coadyuve a mejorar sus actitudes para el aprendizaje escolar y sus relaciones interpersonales tanto en la escuela como en el hogar.

La actitud de los padres hacia el problema de sus hijos-- es aparentemente positiva y de aceptación del problema ya que

se muestran interesados por ayudarlos. Aunque en dos de los casos los padres manifiestan, verbalmente, no haber aceptado el problema de sus hijos, sí muestran interés por ayudarlos, llevándolos a sus terapias y haciendo todo aquello que la escuela les sugiere.

Se observa en los padres varones actitudes de desapego,-- relacionándose menos con los niños, por lo que las madres se sienten con mayor presión en la solución del problema.

En general los padres se sienten angustiados ya que ven poco avance en la conducta y aprendizaje de los niños y esto les provoca que se irriten y lleguen a usar castigos y hasta golpes para corregir a sus pequeños.

La relación de pareja no se ha alterado y permanece estable en casi todos los casos.

Las recomendaciones que en todos los casos se han hecho son las siguientes: tratamiento psicopedagógico especializado, tratamiento psicofarmacológico y orientaciones a los padres-- sobre el mejor manejo de sus hijos.

A través del análisis de los casos se pudo notar que en la mayoría de los niños se manifestaron alteraciones en el desarrollo y conducta, las cuales en algunos de los casos fueron detectadas a temprana edad y en otros no debido a la falta de conocimiento de los padres, los cuales lo atribuían a las características propias de la edad.

Los padres al notar alteraciones en los niños se dirigen a diversas instituciones no recibiendo al principio una definición clara de su problema, por lo que en la mayoría de los casos no supieron qué hacer con los niños. Los han canalizado entonces a diversas instituciones, ya que no han sido orientados debidamente. Esto provocó que los padres se sintieran desesperados por no saber de qué se trataba el problema de su hijo y cómo poder ayudar a éste. Los niños en la mayoría de los casos han sido rechazados en las escuelas y hasta por la gente que rodea al niño. Por su lado los niños se sienten personas diferentes a los demás niños, se creen en muchas ocasiones "niños malos", que no pueden hacer lo que sus padres les exigen. Debido al trato que sus padres les brindan se va devaluando su persona hasta sentirse seres "incapacitados". Lo mismo sucede en la escuela ya que debido a su conducta y a su bajo rendimiento escolar los clasifican como niños "burros" o "flojos", en pocas palabras "niños problema" lo que suscita en los niños el verse defraudados e incapaces de cumplir en la escuela.

En general se observa que los niños son atendidos tanto en el aspecto médico como en el pedagógico y esto de alguna manera va superando aunque sea lentamente los problemas de conducta y de aprendizaje del niño. Se percibe que el área afectiva emocional ha sido descuidada a pesar de saber que este tipo de tratamiento favorecería en gran medida la superación del problema proporcionando seguridad y confianza en el-

niño lo que le permitiría elevar su autoestima y mejorar sus relaciones interpersonales, lo que a su vez proporcionaría un pronóstico más alentador para los niños.

A partir de lo observado con estos niños se dislumbra la confusión que existe al respecto del niño hiperquinético, por lo que sería conveniente que los profesionales como los psiquiatras, maestros, psicólogos, pedagogos, etc., deban desarrollar criterios, métodos y procedimientos de trabajo para poder proporcionar la ayuda necesaria a los niños, sus padres, familiares y en general a la sociedad que así lo exige.

C A P I T U L O I V

ACTITUDES DE LOS PADRES CON RESPECTO AL PROBLEMA

1. CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE MADRES

En el presente apartado se pretende explorar y al mismo tiempo enriquecer la información sobre el comportamiento de los niños hiperquinéticos, lo que sucede con sus padres, cuáles son sus actitudes ante este problema y de qué manera buscan solución o reaccionan ante él, ver la influencia que tiene el conocimiento del síndrome sobre las actitudes de los pa dres y los problemas que enfrentan estos niños en su adaptación social.

Para esto se llevó a cabo la entrevista a diez madres de niños hiperquinéticos que son atendidos en el Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar de la Secretaría de Educación Pública en Coyoacán que se dedica a atender problemas de conducta y aprendizaje, con el propósito de conocer -- las actitudes hacia estos niños así como el de saber si tienen información sobre el síndrome.

El grupo se constituyó por 10 madres que tienen hijos hi perquinéticos a quienes se les proporciona atención en el Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar (CAPEP) Co yoacán. Este grupo se obtuvo a través de una selección inten cional guiada por los especialistas del centro, ya que en dicha institución se atienden a niños con problemas de conducta y aprendizaje que no implica necesariamente hiperquinesis, -- siendo el grupo de hiperquinéticos muy reducido.

Cabe aclarar que se descartaron a aquellos niños que con frecuencia presentaban conductas hiperactivas pero que no cumplieran con los requisitos para asegurar que presentaban el síndrome hiperquinético. A través de los expedientes de los niños se sacaron datos acerca de antecedentes personales, perfil de diagnóstico en donde se indicaban algunas características irregulares que presentaban los niños, así como conductas que correspondían a las del síndrome hiperquinético. Ahora bien, la selección corrió a cargo de la directora y las especialistas del centro a partir de criterios establecidos con ellas sobre el concepto de hiperquinesia, dado que como hablamos mencionado anteriormente se presentó el problema de definir este síndrome de manera heterogénea.

2. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

El instrumento utilizado para alcanzar los objetivos fue una entrevista la cual estaba formada por 33 preguntas abiertas (Anexo B) que dieron pauta para saber la actitud de los padres hacia el niño y saber hasta qué punto estaban informados los padres en relación al problema de su hijo.

Estas entrevistas se aplicaron en forma individual al grupo de madres seleccionadas en el transcurso de tres días.

Las preguntas pretenden arrojar datos de "Cómo viven los

padres el problema", "Cómo se sancionan las conductas del niño", "Qué podría hacerse con ellos", "Qué tanto saben los padres sobre el problema del niño", con el propósito de facilitar el análisis.

Hay que destacar el hecho de que estas entrevistas no --pretenden arrojar datos significativos estadísticamente hablando, ya que la muestra de madres no es lo suficientemente grande para hacer generalidades, sin embargo estas entrevistas sí tienen un gran significado desde una dimensión cualitativa, ya que de alguna manera, éstas están reflejando la situación real que se vive con los niños de cierto nivel socioeconómico que asiste a una institución oficial a recibir atención.

3. PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS

En general se pudo percibir que el nivel socioeconómico de las familias es bajo ya que la preparación de los padres, en su mayoría, alcanza el nivel de primaria, siendo muy pocos los que realizaron alguna carrera técnica. Esta situación repercute en lo que se refiere al nivel cultural de la familia, ya que no se tiene acceso a lugares que la enriquezcan ya sea por falta de información o por falta de recursos económicos, por lo que únicamente se "enriquecen" culturalmente por medio de la televisión, sin embargo, en la mayoría de los casos su-

atención se dirige hacia las telenovelas y las caricaturas, -- pasando por alto aquellos programas que, de alguna manera, ampliarían su cultura, ya sea por falta de interés o conocimiento, en otros casos se acostumbra ir al parque ya que esto no implica gasto alguno, además de entretener a los niños.

Ahora bien, se pudo captar que la mitad de los niños viven en hogares desintegrados ya sea por la separación de los padres o por ser madres solteras, lo que les obliga a convivir con otros familiares y así la educación de los niños en -- algunos casos queda en manos de abuelos o tíos por la necesidad de que la madre tiene de trabajar, descuidando en gran medda la atención que debe darle a su hijo y al querer los familiares intervenir en la educación del pequeño la madre en -- tra en conflicto con éstos y se crea un ambiente poco armónico en el hogar, sin embargo, también se observó que en las familias que están integradas el ambiente en el hogar no es armónico como debía suponerse y al existir poco interés en la -- solución del problema del niño por parte de los padres (varones) es causa de una mala convivencia en el hogar.

Siguiendo con el análisis de las entrevistas se pudo observar que la mitad de las madres planearon su embarazo y la otra mitad fue casual.

Se observa también que la mayoría de las madres tuvieron un embarazo y parto normal y en todos los casos el embarazo -- fue a término.

Ahora bien, analizando las características del comportamiento de los niños se puede observar que las madres mencionan que la inquietud de los niños empezó a manifestarse en algunos casos desde antes de nacer y en otros entre el primer- y el tercer año de vida y las principales características conductuales de los niños son las de agresividad, desobediencia, inquietud, utilizan palabras indebidas, poca sociabilización, impulsividad, problemas de lenguaje, sensibilidad, enuresis, perseverancia. Cabe aclarar que estas conductas fueron mencionadas en el orden de mayor frecuencia en los niños pero no todos los niños manifiestan todas las conductas mencionadas.

Los niños en la mayoría de los casos fueron atendidos a partir de los cuatro años, cuando los niños ingresan al sistema educativo y la maestra se da cuenta del comportamiento irregular de los niños por lo que ésta recomienda a los padres de familia una atención especial en las instituciones especializadas de educación pública Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar (CAPEP) en donde todos reciben atención de estimulación múltiple, terapias de lenguaje, de psicomotricidad y farmacológico en algunos casos según se requiera.

Refiriéndonos al rendimiento escolar se pudo observar que las madres no entienden a qué se refiere este aspecto, pero lo que sí manifestaron es que la conducta del niño de alguna manera afectaba el trabajo escolar de éstos a pesar de--

que en todos los casos los niños sí tienen la capacidad para captar los conocimientos que se les enseñan.

Al analizar aquellas preguntas que nos reportarían qué tipo de información tienen las madres acerca del problema de su hijo, se observó que las madres en su mayoría no saben a qué se debe este trastorno manifestando diferentes causas ajenas a lo que en realidad son las causas de este síndrome, --- principalmente atribuyéndolo a características propias del desarrollo del niño, por lo que si se le indicara cómo tratar a su hijo este comportamiento se evitaría, considerando que lo que están haciendo por su hijo es bueno aunque algunos no tienen claro cuál es la actitud más positiva para mejorar la conducta de su hijo. La mayoría de los padres viven el problema angustiados, consideran que pueden vivir con un niño inquieto, pero tienen que enfrentarse a más problemas que la mayoría de los padres, se sienten tristes y hubieran deseado tener un hijo menos inquieto. El comportamiento que más les desespera de sus hijos es la desobediencia, que hagan travesuras, que sean agresivos e inquietos. Generalmente les molesta más --- cuando este comportamiento del niño es en la casa. Comúnmente la manera de reprender a su hijo y corregirlo con frecuencia es a través de pláticas, castigos y golpes corporales, -- siendo estos dos últimos los más frecuentes. Expresan que su hijo se porta mejor cuando ve la televisión y recibe premios y cuando se encuentra solo.

Las madres dicen que a sus hijos les han implantado normas y límites, los cuales han sido constantes en el seguimiento de éstas, aunque los niños no las acatan debido posiblemente a que el trato que dan los padres al hijo no es el mismo y tal parece que la madre es la que se encarga de corregir al hijo y por tal motivo, el comportamiento que manifiesta el niño cuando está con la madre es mejor que cuando está con el padre, el cual casi no interviene en la educación del niño.

En general las madres consideran que su niño necesitará ayuda para salir adelante, ya que observan que, el comportamiento de su hijo es de difícil manejo. Ellas han observado y en algunas ocasiones los niños han expresado sentirse tristes, solos y "niños malos", aunque cabe aclarar que varios de estos niños no tienen comunicación con sus padres respecto a cómo se sienten con respecto a la conducta y al trato que le brindan las personas con las que se relaciona.

4. CONSIDERACIONES EN RELACION A LAS RESPUESTAS DE LAS MADRES

El análisis de estas entrevistas realizadas a madres de niños hiperquinéticos tiene como objetivo primordial el tener una visión todavía más clara de la situación real que viven las familias de niños hiperquinéticos así como atrapar las --

principales preocupaciones derivadas del contacto con los padres de los niños (que en este caso sólo se pudo contactar -- con las madres) y así saber lo que esta problemática implica -- así como su importancia y la trascendencia de la misma.

En este análisis se retoman los aspectos más importantes de la teoría para verificar si ésta se vincula a la realidad -- y ver en qué aspectos no se vincula.

En estas entrevistas se percibe que la realidad no está -- muy lejos de las teorías que en el marco teórico se expusie -- ron ya que a través de ellas se percibieron cosas muy impor -- tantes que corroboran la teoría entre las que se destacan que las conductas señaladas características del síndrome hiperqui -- nético son manifestadas realmente por los niños, sin embargo, sigue sin quedar claro cuál es la causa específica que provo -- ca la aparición del síndrome y las madres no conocen mucho -- acerca de antecedentes que puedan contribuir en una buena his -- toria clínica como de aspectos afectivos emocionales que nos -- ayude a aclarar este punto, ya que como menciona Rafael Velas -- co (1980) ⁽¹⁾ "los estímulos que pueden dañar al organismo al -- grado de un estado patológico son de naturaleza física, psico -- lógica y social".

Con respecto al diagnóstico, las entrevistas nos revelan, que éste no ha sido proporcionado a los padres de familia y -- por lo tanto éstos desconocen completamente la problemática -- de sus hijos y las posibles causas de ésta, manejándoles la --

institución nada más la información sobre el tratamiento que deberá llevar el niño en la institución y en la casa sin aclararles a qué se debe la conducta de sus niños, lo que a nuestro juicio podría ser un mal manejo el hecho de no dar a los padres un diagnóstico claro y sencillo adecuado a su nivel -- cultural que permitiera que los padres conocieran lo que sucede con sus hijos y la mejor manera de ayudarlos. Esto permitiría que desapareciera la hostilidad que los padres manifiestan hacia su hijo y que el sentimiento de culpa de los padres, que se ve manifiesto en las entrevistas, pudiera ser manejado adecuadamente por éstos. En su mayoría los niños de las madres entrevistadas manifiestan tener una problemática severa, la cual implicarla de un tratamiento interdisciplinario eficaz y que no sólo se abocara a lo pedagógico y conductual, como se pudo observar en estos casos, el hecho, como se puede apreciar, de que se olvide el tratamiento psicológico-emocional a padres y niños, así como el farmacológico, en algunos casos, nos lleva a suponer que si el tratamiento no es completo y adecuado, los resultados en la rehabilitación de estos sujetos será poco eficaz y las consecuencias futuras que conlleva esto serán poco alentadoras.

El pronóstico para estos sujetos es poco alentador y aunque en México no se haya hecho un seguimiento de los casos de niños hiperquinéticos en la adultez, los estudios realizados en otros países, al respecto, nos hacen pensar en la importancia de un buen tratamiento interdisciplinario así como la ela

boración de programas informativos y preventivos que ayuden a la solución de esta problemática.

Un punto al que se le dio mucha importancia al recabar-- la información de las entrevistas, fue lo referente a la estructura familiar, el objetivo era el de conocer hasta qué -- punto este factor influye en la conducta y tratamiento del niño hiperquinético.

El análisis de las entrevistas nos arrojó información -- significativa sobre la estructura familiar, el ambiente en el que se desenvuelven estas familias, las repercusiones que esto tiene en la conducta, educación y tratamiento de estos sujetos.

Es sabido que la integración familiar es un factor determinante en la educación de cualquier ser humano y así el hecho de pertenecer a una familia bien estructurada o no, repercutirá en nuestra conducta y formación.

El resultado de las entrevistas proporcionó datos significativos al respecto, observándose que aquellos pequeños que se desenvuelven en familias mal estructuradas y que por una u otra razón tienen que convivir con otras personas como abuelos o tios y no con su padre, se ven afectados en el aspecto de que existe una gran confusión de normas y límites que varían de persona a persona y esto los lleva a una situación de conflicto, que más que ayudarlos los perjudica seriamente en su educación y en su tratamiento.

Ahora bien el ambiente familiar que se vive en el hogar es también un factor que influye en forma favorable o no, esto es, no es suficiente vivir entre una familia bien estructurada, sino que el ambiente que en ésta exista será un factor decisivo para un buen desarrollo afectivo-emocional del pequeño, como se observó en las entrevistas, ya que aunque la familia estuviera bien estructurada, si el ambiente familiar no era armónico, el pequeño se ve afectado más que beneficiado en su educación y tratamiento. Así podemos concluir que no importa tanto el hecho de pertenecer o no a una familia bien estructurada sino que es más importante el convivir en un ambiente armónico familiar.

"El mito sostiene que los niños deben tener una pareja de padres. La verdad es que los niños necesitan de dos padres que se amen entre sí. El hecho real es que para ellos es preferible un solo padre que los ame y no dos padres que no se quieran entre ellos".⁽²⁾

El nivel socioeconómico parece ser un factor poco determinante en la conducta del niño hiperquinético, es decir, que tanto los niños de nivel económico bajo, como aquellos de nivel económico medio alto, presentan las mismas características de conducta y las mismas dificultades en la adaptación a su medio, como se pudo observar en las entrevistas y en los casos descritos anteriormente. En lo que sí este factor parece ser determinante es en el tratamiento de estos pequeños,

ya que se observó que aquellos padres que tienen un nivel económico más alto, actúa con más responsabilidad e interés hacia la recuperación del problema de su hijo, lo que no se observa en aquellos que por falta de recursos económicos o por falta de conocimientos no le dan mucha atención al tratamiento de sus hijos y parece ser que todo lo dejan en manos de los especialistas.

Ahora bien, el nivel cultural de los padres va a ser un factor determinante en la detección del problema, ya que se pudo percibir que cuando los padres poseen una mayor preparación cultural la problemática del niño es detectada a más temprana edad, lo que no sucede con aquellos padres de poca cultura y preparación, los cuales suponen que la conducta anómala de sus hijos, se debe a su edad y son otras personas, generalmente los maestros, los que hacen notar a éstos la existencia de un problema más serio. Así entonces el nivel sociocultural de los padres va a influir en la solución del problema, ya que algunos padres de nivel socioeconómico cultural bajo, buscan la solución del problema a través de intervenciones mágicas, creyendo que ésta es la más adecuada para el problema de su hijo.

El análisis de las entrevistas nos hizo ver la importancia que tiene para el tratamiento y solución del problema, la información que al respecto tengan los padres, así esta información va a contribuir favorablemente en el tratamiento de --

los niños y sobre las actitudes que los padres tienen hacia sus hijos, ya que se observó que a mayor información sobre lo que sucede con sus hijos, los padres se muestran más pacientes y dispuestos a contribuir a la recuperación y solución -- del problema, tratando de comprender más la conducta de su hijo y sin exigirle más de lo que el niño es capaz de dar. Este conocimiento de la problemática del niño contribuye también a restablecer la autoestima de los padres, la cual se encontraba devaluada, pero al enterarse los padres de las verdaderas causas de este problema, se sienten menos culpables y se muestran más dispuestos a ayudar a sus hijos, brindándoles una atención especializada y contribuyendo en su tratamiento en una forma más activa y participativa.

Aunque las actitudes de los padres hacia sus hijos son -- muy parecidas y generalmente tienden a la agresión física y verbal, el hecho de estar enterados del problema de su hijo -- los hace ser menos drásticos en los castigos y tratar de comprenderlos y ayudarlos en forma menos violenta.

Para concluir diremos que las entrevistas también nos -- proporcionaron datos acerca de la intervención de la institución al respecto, observándose que los padres entrevistados -- manifestaron no haber recibido una información sobre el diagnóstico de sus hijos ni sobre las causas de la conducta de -- los mismos, lo que conlleva a que los padres no tengan la información necesaria que les permita entender claramente la --

conducta del pequeño y que por lo tanto no contribuya en una forma más eficaz en el tratamiento de sus hijos. La mayoría de los entrevistados manifestaron su interés por participar en el tratamiento de sus hijos, pero señalan que no han recibido las indicaciones suficientes para hacerlo, esto posiblemente ha sido ocasionado por problemas laborales en la institución, los cuales han retrasado las actividades en el proceso de diagnóstico, información y orientaciones a los padres.

CONCLUSIONES

Lo que a continuación se presenta son las conclusiones a las que arribamos al haber realizado esta investigación.

- El síndrome hiperquinético no es un trastorno que haya aparecido recientemente sino que éste ha existido desde hace mucho tiempo en todas las regiones del mundo y en todas las razas y su prevalencia ha sido muy similar y aunque a través de la historia se le ha denominado de diferentes maneras siempre ha estado presente.

- En México el síndrome hiperquinético es un trastorno que afecta la conducta y rendimiento escolar de los niños. -- Por lo que es de suma importancia que tanto especialistas, padres de familia y maestros tomen conciencia de la importancia que se le debe prestar a este síndrome, no solamente por la magnitud de su incidencia y prevalencia sino por las secuelas e incapacidades que produce en la vida futura de los sujetos que lo padecen.

- La etiología del síndrome hiperquinético es muy variada por lo que no se ha podido establecer un cuadro específico de causas que lo producen. Ya que en el sujeto intervienen factores internos y externos (genéticos, bioquímicos y factores ambientales) que matizan y caracterizan este síndrome en cada uno de los sujetos que lo padecen.

- Los niños que presentan el síndrome hiperquinético no siempre manifiestan los mismos síntomas. Aunque se puede decir que la inquietud motora sin objeto, la inatención y los problemas de aprendizaje son los más representativos de este trastorno.

- La atención del síndrome hiperquinético contempla un diagnóstico, un tratamiento y rehabilitación y si es posible un pronóstico. Los cuales deben estar articulados y tener una continuidad en los diferentes aspectos, lo que no se observa en la mayoría de los casos.

- La detección del síndrome hiperquinético debe realizarse tempranamente. Si es posible a edad preescolar o en los primeros años escolares con el objeto de que los sujetos reciban lo antes posible atención especializada para limitar el daño o déficit.

- La detección del síndrome hiperquinético, su tratamiento y rehabilitación deben contemplar la acción conjunta de especialistas, padres de familia y maestros.

- El diagnóstico del síndrome debe ser claro y completo, el cual debe incluir una historia clínica, un examen neurológico, electroencefalograma, pruebas psicológicas y psicopedagógicas, valoración de síntoma hiperquinesia y un diagnóstico diferencial.

- El tratamiento del síndrome debe ser multidisciplina--

rio y debe incluir un tratamiento farmacológico, un tratamiento psicológico, un tratamiento pedagógico, un tratamiento de motricidad fina y gruesa y la práctica de algún deporte.

- El tratamiento psicológico debe ser dirigido principalmente a nivel afectivo y a las relaciones familiares. Ya que a través de éste se podrá superar el sentimiento de culpa de los padres, la agresividad y el rechazo familiar.

- El tratamiento psicofarmacológico debe ser proporcionado por un especialista. El cual debe vigilar la administración y los efectos secundarios del mismo, manteniendo a su vez una estrecha comunicación con los padres con el fin de evitar consecuencias negativas como dependencia a los fármacos entre otras.

- El pronóstico de los niños con síndrome hiperquinético no es predecible. Pero tal parece que los que presentan una sintomatología neurológica más clara y que muestran una conducta antisocial tienen un mal pronóstico, es decir, pueden presentar trastornos psiquiátricos en la edad adulta.

Pero no es posible predecir la evolución de aquellos que presentan una sintomatología menos grave del trastorno pensando que éstos desarrollen problemas caracterológicos importantes.

- La hiperquinesia es uno de los síntomas del síndrome que evoluciona más favorablemente. Lo que no sucede con los problemas de aprendizaje.

- Los padres de familia al recibir un mal pronóstico se desalientan y se muestran poco participativos en el tratamiento de sus hijos creyendo absurdo llevar a cabo una terapia -- con los mismos.

- No existe prevención para el Síndrome Hiperquinético.- Ya que al tratarse de un síndrome no existe una causa específica que lo determine además de no existir una etapa específica en la cual se desarrolle.

- En México existen pocas investigaciones en relación al niño hiperquinético mexicano así como también existe poca --- apertura de algunas instituciones especializadas para llevar a cabo éstas en forma particular.

- En México no se cuenta con una infraestructura adecuada (recursos humanos y materiales) para cubrir las demandas - de atención de niños hiperquinéticos.

- En las instituciones a las que se tuvo acceso no existe unificación de criterios con respecto a la denominación, - definición, diagnóstico y tratamiento del síndrome hiperquinético. Por lo que los procedimientos de atención se podrían -- cuestionar.

- En dichas instituciones no existen programas de detección y diagnóstico específicos para este síndrome, utilizando éstas los mismos métodos de diagnóstico para todos los problemas de conducta y aprendizaje.

- Existe poca información y no muy clara orientación hacia los padres de familia sobre el problema de sus hijos, en dichas instituciones.

- En dichas instituciones la atención que se les brinda a los sujetos que padecen el síndrome hiperquinético está enfocada principalmente a lo pedagógico y farmacológico, olvidándose o minimizándose la atención afectiva emocional tanto del sujeto como de su familia.

- No existe mucha comunicación de la institución que atiende al sujeto y el maestro de escuela, y se realiza ésta en forma indirecta a través de los padres de familia, rompiendo de esta manera la triada necesaria para obtener mejores resultados en el tratamiento.

- En las diferentes instituciones que atienden este síndrome existe poca comunicación informativa de investigaciones y documentos que se relacionen con este trastorno, así como también se observa poca comunicación entre los mismos especialistas que atienden al sujeto.

- No existe seguimiento de los casos para conocer qué es lo que ocurre con los sujetos después del tratamiento (en las instituciones investigadas).

- Tanto en los casos revisados como en las entrevistas se observa que existen similitudes y diferencias en el desarrollo de los niños hiperquinéticos que ratifican de alguna-

manera lo que se ha dicho del síndrome hiperquinético en relación a la diversidad que existe en su etiología, sintomatología, así como en la manera de diagnosticarlo y de llevar a cabo su tratamiento.

- Es en el nivel escolar en donde suele detectarse con más frecuencia los trastornos del síndrome hiperquinético.

- En el hogar los padres no se dan cuenta fácilmente de las anomalías conductuales de sus hijos, debido posiblemente al desconocimiento que éstos tienen sobre el desarrollo de -- los niños.

- Son las madres de los niños hiperquinéticos las que generalmente asumen la responsabilidad de cuidar y atender principalmente al niño.

- Generalmente los padres (varones) conviven muy poco -- con sus hijos, por lo que se desesperan más fácilmente con la conducta de los niños por lo que los desatienden y es poca su participación en el tratamiento de sus hijos.

- Los padres al no recibir de las instituciones o de los especialistas que atienden a su niño, la información clara de lo que sucede con sus pequeños, se genera en ellos un senti-- miento de angustia y desesperación.

- El poco y lento avance de los niños en su tratamiento-- generalmente desespera a los padres provocando en éstos que -

se irriten y lleguen a usar castigos y hasta golpes para corregir a sus pequeños.

- La poca información que poseen algunos profesores en relación al trato más adecuado que se le debe brindar a estos niños, los lleva a asumir actitudes de rechazo y agresión hacia estos sujetos.

- El rechazo continuo que sufren los niños hiperquinéticos por parte de sus familiares, amigos y profesores, los hace sentir "niños malos", diferentes e incapaces, propiciando en ellos la autodevaluación.

- Los especialistas consideran indispensable la ingesta de medicamentos para el tratamiento de los niños hiperquinéticos.

- El fármaco más comúnmente utilizado en estos sujetos es el Ritalín en diferentes dosis.

- El nivel socioeconómico y la integración familiar no son factores causales del síndrome hiperquinético, ya que tanto los sujetos de nivel socioeconómico bajo o alto, así como los que pertenecen a familias integradas o desintegradas tienen la misma posibilidad de padecer este trastorno.

- El nivel socioeconómico cultural y la integración familiar sí son factores que influyen favorable o desfavorablemente en el tratamiento de los niños hiperquinéticos.

- Cuando existe una clara información sobre el problema de los niños y se dan orientaciones pertinentes sobre el trato más adecuado en el hogar, los madres manifiestan actitudes hacia su hijo más favorables y su interés por participar en el tratamiento de sus hijos es mayor.

- El ambiente armónico familiar será un factor importante que contribuya favorablemente a un mejor resultado en el tratamiento de éstos. =

A N E X O S

ANEXO A

CUESTIONARIO

LUGAR: _____
FECHA: _____
PROFESION(ES): _____
TRABAJO QUE DESEMPEÑA: _____
AÑOS DE EXPERIENCIA EN ESTA AREA: _____
TRABAJA CON GRUPO: _____
COMO: _____

Este cuestionario, que es anónimo, es con el fin de recabar información acerca del niño hiperquinético. De antemano agradecemos su valiosa colaboración.

- 1.- ¿Qué es para Ud. un niño hiperquinético?
- 2.- ¿Qué tipo de problemática presenta este niño en su área de especialidad?
- 3.- ¿Qué resultados se han obtenido en el tratamiento de estos niños?
- 4.- Según sus observaciones, ¿cuáles son las actitudes de los padres de familia hacia el niño hiperquinético, cuando éstos no tienen la información adecuada con respecto a la problemática del niño?

- 5.- *¿Cuáles son las actitudes de los padres de familia cuando tienen conocimiento sobre la problemática de su hijo hiperquinético?*
- 6.- *¿En qué medida se cuenta con la colaboración de los padres de familia en el tratamiento de estos niños y cuáles son los problemas más comunes?*
- 7.- *¿En qué casos no se obtienen resultados satisfactorios?*
- 8.- *Cuando no se obtienen los resultados esperados en estos niños, ¿qué recomienda?*
- 9.- *En relación con los niños que no responden al tratamiento, ¿qué características presentan éstos?*

MUCHAS GRACIAS.

ANEXO B

FORMATO DE ENTREVISTA

EDAD DEL SUJETO:
 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:
 SEXO:
 EDAD DEL PADRE:
 ESCOLARIDAD DEL PADRE:
 EDAD DE LA MADRE:
 ESCOLARIDAD DE LA MADRE:
 TIPO DE EMPLEO DEL PADRE:
 TIPO DE EMPLEO DE LA MADRE:
 INGRESO FAMILIAR:
 LUGAR DE RESIDENCIA:
 PROPIEDAD:
 TIPO DE DIVERSIONES:
 (Teatro, cine, museos, T.V., libros, revistas, etc.)
 INTEGRANTES DE LA FAMILIA:

- 1.- *¿A qué edad apareció la inquietud en el niño?*
- 2.- *Nombrar principales características conductuales:*
- 3.- *¿Desde qué edad ha sido atendido el niño?*
- 4.- *¿En dónde ha sido atendido el niño?*
- 5.- *¿Qué tipo de tratamientos ha recibido con anterioridad y actualmente?*
- 6.- *¿Cómo ha sido el rendimiento escolar del niño?*
- 7.- *Número de embarazo:*
- 8.- *¿Se planeó el embarazo?*
- 9.- *¿Fue atendida debidamente usted durante el embarazo y parto?*
- 10.- *¿Cómo fue la atención que le brindaron durante el embarazo y parto?*
 - *fue atendida periódicamente durante el embarazo.*

- *asistía a una institución médica (pública o privada).*
- *no fue atendida debidamente.*

- 11.- *¿Fue a término el embarazo?*
- 12.- *Una vez que el niño manifestó los primeros síntomas de inquietud, ¿considera que fue atendido adecuadamente y -- que recibió usted las indicaciones pertinentes?*
- 13.- *La inquietud que manifiesta su hijo se puede deber a:*
 - *su desarrollo mismo.*
 - *a una causa identificable.*
- 14.- *¿Cuál es la razón por la que usted cree que el niño es-- inquieto?*
- 15.- *Si a usted le indicaran cómo tratar a su hijo, ¿cree que la inquietud que manifiesta se evitarla?*
- 16.- *¿Considera que lo que está haciendo por mejorar la conducta de su hijo es bueno?*
- 17.- *¿Considera que es posible convivir con un niño muy inquieto?*
- 18.- *¿Qué problemas le ocasiona el comportamiento de su hijo?*
- 19.- *¿Siente usted que tiene que enfrentarse a más problemas -- que la mayoría de los padres?*
- 20.- *¿Se siente usted triste por el comportamiento de su hijo?*
- 21.- *¿Cuándo se porta mejor su hijo?*
- 22.- *¿Qué hace cuando su hijo se porta mal?*
- 23.- *¿En qué ocasiones no le importa el comportamiento de su hijo?*
- 24.- *¿Ustedes como padres le dicen al niño cómo debe de comportarse en su casa y fuera de ella?*

25.- *¿Han sido constantes en el seguimiento de esto? (normas)*

26.- *¿Qué comportamiento de su hijo los desespera?*

27.- *¿Con qué frecuencia le llama la atención o castiga a su hijo cuando se porta mal?*

28.- *¿Usted y su esposo(a) tratan igual al niño?*

29.- *¿Con cuál de los dos se comporta mejor el niño?*

¿Porqué?

30.- *¿Considera que los niños inquietos deberían de alejarse de su familia y que sean atendidos en lugares especiales?*

31.- *¿Cree usted que el niño siempre necesitará de ayuda para salir adelante?*

SI

NO

¿Porqué?

32.- *¿Hubiera usted preferido tener un hijo menos inquieto?*

33.- *¿Qué es lo que le dice el niño a usted que siente en la relación de trato que le dan sus padres, familiares, maestros y amigos?*

FOLLETO

PRESENTACION:

El presente folleto se ideó con el propósito de guiar a aquellas personas interesadas en el niño hiperquinético y -- principalmente a padres de familia y maestros.

El niño hiperquinético es generalmente etiquetado como-- un niño latoso, que no se interesa en su trabajo, flojo, grosero, etc. y muchas más etiquetas que le podríamos poner, sin saber muchas veces que esta inquietud, impulsividad y conducta muy especial se debe a causas muy específicas y características del síndrome hiperquinético. La mayoría de las veces-- estos niños son educados y corregidos de una manera poco adecuada por el desconocimiento que padres y maestros tienen sobre lo que en realidad está pasando con estos niños y le exigen quizás cosas que no es capaz de dar.

En muchas ocasiones nuestra mala actuación frente a este niño lo perjudican más que ayudarlo, creándole así una-- gran autodevaluación.

No es fácil educar a este tipo de sujetos y el presente folleto pretende ser un manual sencillo y práctico que proporcione, tanto a padres de familia como a maestros, información sobre el cómo detectar si el niño es posiblemente hiperquiné-

tico o no, y cuál debe ser el manejo más adecuado tanto en el hogar como en la escuela.

Este folleto está basado en la información recopilada de los diferentes autores, los cuales a través de su experiencia con el trato de estos niños han logrado establecer sugerencias sobre el mejor manejo de estos sujetos tanto en la escuela como en el hogar. Así como también proporciona algunas ideas de cómo poder detectar el posible padecimiento del síndrome.

Este folleto está formado por un prólogo, una breve introducción, en donde se explica lo que es un niño hiperquinético y sus características, los síntomas del síndrome y sus causas, una guía de síntomas que permitirá al lector el poder detectar si existe o no la posibilidad de la existencia del síndrome hiperquinético, recomendaciones a padres de familia sobre el trato en casa y sugerencias al maestro sobre el trato de estos niños en el aula, y libros que se recomiendan.

PROLOGO

La educación de un niño es una de las tareas más difíciles a la que se enfrentan tanto padres de familia como maestros; el querer hacer un hombre de un niño es la meta que pretendemos al encontrarnos con un niño en la cuna o en el aula. Es por lo tanto de gran utilidad que tanto a padres como a maestros les brinden orientaciones que le ayuden a lograr su cometido.

Los problemas a los que se enfrentan los padres y los maestros al querer alcanzar esta meta son muchos y muy variados, entre ellos se encuentra la inquietud infantil excesiva de algunos niños; Ésta puede ser una característica del comportamiento del niño propio de la edad, pero también puede ser un síntoma de una problemática más profunda.

¿Quién no se ha topado con un niño muy inquieto, desobediente, que tiene problemas de aprendizaje, que su conducta es insoportable, que tiene pocos amigos, etc.? en fin un niño que no entendemos porqué es así.

Cuántos maestros no se han encontrado en el aula con niños que no le permiten llevar a cabo su labor educativa, que distraen a todo el grupo, que son agresivos, desatentos, que parece no importarles nada de lo que pase a su alrededor y que sin embargo ellos parecen ser más infelices que nosotros. ¿Qué piensas maestro cuando esto te sucede? ¿Cómo solucionas

este problema? ¿Cómo ayudas a este niño? ¿Lo ayudas verdaderamente o lo estás perjudicando?

Y tú padre de familia ¿Qué haces cuando tu hijo tiene -- una conducta insoportable, cuando no te obedece, cuando tiene problemas en la escuela? ¿Sabes cómo ayudarlo, como guiarlo y corregirlo? ¿Qué hacer para que no sea como es?

Con el presente folleto pretendemos dar respuesta a todas estas preguntas que tanto padres de familia como maestros se hacen a diario, frente al comportamiento de este tipo de niños, orientaciones sobre qué es lo que está pasando con el niño, por qué, a qué se debe y sobre todo qué podemos hacer-- en el hogar y en el aula para ayudarlo.

Antes de buscar un camino para llegar a una meta, debemos saber qué es lo que queremos, pues si no sabemos a dónde ir menos podemos saber cómo llegar.

Al enfrentarnos a un problema, lo más importante sería-- el conocer a fondo este problema, de qué se trata, qué es lo que sucede y el por qué sucede para después poder darle una-- solución adecuada.

Así los padres de familia y los maestros al enfrentarse a una problemática, como la antes mencionada, deben primero-- preguntarse qué es lo que pasa y por qué, pedir ayuda o documentarse sobre esto.

INTRODUCCION:

De todos es conocido que una de las principales tareas-- que se le encomiendan a los niños en edad escolar es la de -- rendir adecuadamente en la escuela. Así pues aquellos niños-- que de lo contrario fracasan escolarmente son motivo de alarma y preocupación por parte de la gente que les rodea y evidentemente esto afectará a nivel individual, familiar y social. La autoestima del niño entonces queda disminuída provocando procesos depresivos y las actitudes de los padres varían desde la indiferencia hasta la agresión. Esto se debe a la sobrevaloración cultural depositada en el Éxito o fracaso-- en lo que a la educación misma representa.

Ahora bien, podemos decir que el niño se puede enfrentar a dos tipos de obstáculos, el primero se refiere a los determinados por sus propias capacidades y por otro lado los creados por la incapacidad de los padres o de la misma sociedad.-- Cuando en el niño se presentan el primer tipo de obstáculos-- debido a una incapacidad del organismo y al mismo tiempo se-- enfrenta a las carencias de un sistema educativo que no le -- ofrece alternativas para salir adelante, el niño se encuentra en doble desventaja. Solamente cuando se le ofrezca una intervencíon oportuna por medio de un tratamiento adecuado enca-- minado a mejorar los obstáculos intrínsecos y por otro lado -- existe una modificación del ambiente que le rodea, entonces-- Éste podrá mejorar.

Es importante hacer notar que la mayor parte de los niños con ciertas deficiencias como lo son los niños hiperquinéticos no son tratados a tiempo o su tratamiento en ocasiones no es el adecuado por no poder entender claramente lo que le sucede al niño.

Por eso es importante que los padres de familia y maestros se interesen de una manera real y objetiva por los problemas que manifiestan los niños y los encaminen hacia gente especializada que los pueda ayudar.

Este folleto está encaminado a orientar a padres de familia y maestros sobre el mejor trato que se debe dar a los niños con síndrome hiperquinético.

1.- DEFINICION

Este término se manejará como niño con síndrome hiperquinético ya que de esta manera se abarcarán todas las características que lo definen sin excluir ninguna de ellas, haciendo resaltar la más relevante que sería la hiperquinesia.

Un niño con síndrome hiperquinético presenta principalmente los síntomas de hiperactividad, inatención e impulsividad; entendiendo por hiperactividad un estado de movilidad casi permanente que se manifiesta en todo lugar. Por inatención, la poca capacidad para mantener el interés del niño en un estímulo determinado, por lo que el niño parece olvidar fácilmente lo que aprendió por no poder concentrarse en sus tareas, y por impulsividad el actuar del-

niño de acuerdo con sus deseos inmediatos. Cabe señalar que si bien existe gran variedad de síntomas como serían agresividad, problemas de aprendizaje, irritabilidad, testarudez, desobediencia patológica, incoordinación muscular, disartria, disforia, ansiedad, dislalia, etc. Las anteriormente mencionadas (hiperactividad, inatención e impulsividad) son las más características de este síndrome).

Entonces podemos sospechar que un niño presenta el síndrome hiperquinético si manifiesta en su conducta hiperactividad, inatención e impulsividad, sin perder de vista que éste sea un niño con una inteligencia normal o casi normal y que no se sospeche que padece una deficiencia mental o algún desorden mental.

2.- CAUSAS

Según Rafael Velasco (1980)⁽¹⁾ las causas que se mencionan como más frecuentes según el momento en que actúan, éstas se pueden dividir en las que afectan al producto mientras está en el útero (preparto) las cuales se presentan en un 10 a 15%; las que lo hacen durante el parto (periparto) (factores paranatales); éstas son las más importantes y frecuentes 70 a 80% de los casos y los que afectan al niño después de su nacimiento, en los primeros meses de la vida (postparto) estas últimas actúan durante la vida extrauterina. Velasco, realiza la siguiente descripción etiológica para el síndrome hiperquinético.

"Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los cambios estructurales responsables de la disfunción--son los siguientes:"⁽¹⁾

- Padecimientos infecciosos de la madre como:
 - Rubiola y
 - Toxoplasmosis
- Anoxia del producto "in útero" producido por:
 - Aspiración de monóxido de carbono por la madre
 - Anemia grave
 - Hipotensión severa
 - Infarto placentario
- Hemorragia cerebral en el producto:
 - Toxemia del embarazo (toxemia en la sangre)
 - Por trauma directo:
 - Diastesis
 - Hemorragia, etc.
- Exposición excesiva a los rayos X.
- Disturbios metabólicos (especialmente la diabetes mellitus).
- Factor R H, causa de Kernicterus.

Factores paranatales:

- Anoxia neonatorum (Graham, F. K.) producida:
 - Obstrucción mecánica respiratoria
 - Atelectasias
 - Mal uso de sedantes y -- anestésicos administrados a la madre
 - Placenta previa
 - Hipotensión pronunciada
- Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal:
 - Aplicación de diferente forceps

- Maniobra de extracción
- Expulsión demasiado rápida
- Parto prolongado
- Cesárea
- Inducción con ocitócicos, etc.

Las causas postnatales:

Las más frecuentes son las siguientes:

- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses:
 - Tosferina
 - Sarampión
 - Escarlatina
 - Neumonías
 - Encefalitis
 - Meningitis
- Traumas craneanos.
- Secuelas debidas a incompatibilidad del factor R H.
- Neoplasias cerebrales.
- Anoxias accidentales pasajeras.

Todas las causas anteriormente descritas son responsables de los cambios estructurales, no constantemente macroscópicos pues los hay a nivel bioquímicos, que son los antecedentes causales del Síndrome.⁽¹⁾

Es posible que no exista una sola característica que en forma individual indique que se trata de un caso de hiperkinesia, para una mejor comprensión se hará mención de los sín-

tomas que se han reunido para designar a un niño hiperquinético en el siguiente cuadro que a continuación se describe, el cual ha sido adoptado en la guía de diagnóstico del síndrome hiperquinético, por el Instituto Mexicano de Psiquiatría --- (1981), y también por Velasco Fernández (1980)⁽²⁾ el cual -- agrupa estos síntomas en ocho secciones descriptivas con fines prácticos.

1. Hiperquinesia
 - a) Destructibilidad
 - b) Hiperactividad verbal
 - c) Trastornos del sueño
 - d) Agresividad

2. Inatención
 - a) Hiperactividad sensorial
 - b) Distracción

3. Irritabilidad
 - a) Conducta impredecible
 - b) Baja tolerancia a la frustración

4. Impulsividad
 - a) Conducta "antisocial"
 - b) Enuresis, encopresis
 - c) "Temeridad"

5. Incoordinación muscular
[Dispraxia]
 - a) Torpeza corporal
 - b) Disgrafía
 - c) Ineptitud deportiva
 - d) Disartrias, dislalias.

6. Disforia
 - a) Anhedonia
 - b) Ansiedad (depresión)
 - c) Deficiente autoestima

7. *Desobediencia patológica*
- a) *Incomprensión de órdenes*
 - b) *Repetición de la falta*
 - c) *Incomprensión del castigo*
8. *Trastornos del aprendizaje*
- a) *Problemas visomotores, dislexia*
 - b) *Disociación figura-fondo*
 - c) *Inversión del campo visual*
 - d) *Perseverancia*
 - e) *Memoria deficiente*
 - f) *Pobre imagen corporal*

3.- SINTOMATOLOGIA

La sintomatología característica del niño hiperquinético varía de individuo a individuo, por lo que se dificulta el establecer un cuadro clínico perfectamente delineado pero los síntomas más frecuentes son los anteriormente mencionados, -- por lo tanto a continuación se presenta una guía (Woodward y Biondo)⁽³⁾ para el maestro y los padres de familia que les -- servirá para hacer un diagnóstico de sospecha de síndrome hiperquinético.

Marque con una cruz la frase más conveniente que describa el comportamiento del niño.

No se adapta.

Ocupa la mayor parte de su tiempo.

Aprende, pero no lo que se le enseña.

Pregunta qué tiene que hacer cuando se le acaban de dar las instrucciones.

- ___ Su mirada vaga continuamente aunque tenga en qué ocuparse.
- ___ El estudia bien si Ud. se para a su lado o trabaja a solas con él.
- ___ Abandona el trabajo cuando siente que le va a ser difícil.
- ___ Se desenfrena durante el tiempo libre.
- ___ Quiere ser tan servicial que se vuelve insoportable.
- ___ Hace todo lo que usted le pide, siempre y cuando no sea--
trabajo escolar.
- ___ Contesta cuando no es su turno.
- ___ Habla con gran brillantez pero no puede escribir una ora-
ción simple.
- ___ No sabe qué hacer con su tiempo.
- ___ Se convierte en el payaso de la clase.
- ___ Ejecuta sus trabajos a la carrera.
- ___ Es la causa de que usted se sienta fracasado.
- ___ Nunca termina sus tareas.
- ___ No puede estarse quieto.
- ___ Tiene que enterarse de todo lo que está sucediendo.
- ___ No puede tener las manos exclusivamente en sus pertenencias.
- ___ Suele perder su asiento.
- ___ Tiene bajo rendimiento escolar.
- ___ Nunca admite sus errores.
- ___ Pierde las circulares que usted o la escuela envían a ca-
sa o las olvida en sus bolsillos.
- ___ Hace que usted dude de su vocación de educador(a).

Ahora bien, si la mayoría de estas conductas son presen-
tadas por el niño, pídale a los padres de éste que le llenen-
esta escala de actividades del niño ("Escala Werry Weiss").⁽⁴⁾

ESCALA DE ACTIVIDADES DEL NIÑO

En el hogar (durante las comidas):

	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 la televisión):

	nunca	algo	mucho
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):

	nunca	algo	mucho
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

	nunca	algo	mucho
18.- Muestra impulsividad	0	1	2
19.- Muestra perseveración	0	1	2

En el hogar (durante el sueño):

	nunca	algo	mucho
20.- Dificultades para iniciar el sueño	0	1	2
21.- Sueño insuficiente	0	1	2
22.- Muestra inquietud mientras duerme (movimientos, rechinar los dientes, etc.)	0	1	2

Fuera del hogar (no en la escuela):

	nunca	algo	mucho
23.- Inquietud en los vehículos	0	1	2
24.- Inquietud durante las compras (tocar todo, jugar, etc.)	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

	nunca	algo	mucho
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 15 puede considerarse significativa por lo que se sugiere llevar al niño a una institución especializada que pueda corroborar esta sospecha de síndrome hiperquinético.

A continuación se presenta la lista de algunas instituciones especializadas:

INSTITUCIONES OFICIALES:

- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Sn. Buenaventura S-N, Tel. 573-28-55.
- Clínica de la conducta (Presidente Masaryk 526, Tel. 520-42-07).
- Instituto Nacional de Salud Mental (Periférico Sur No. 2905, Tel. 595-81-15 y 595-81-39).
- Instituto Nacional de Pediatría (Insurgentes Sur No. 3700, Tel. 606-77-98 y 606-00-02).
- Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar (CAPEP) de la Secretaría de Educación Pública (centros ubicados en cada delegación política).
- Instituciones de Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A).

INSTITUCIONES PARTICULARES

- Clínica San Rafael (Insurgentes Sur No. 4177, Tel. 573-42-66).

4.- SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA PADRES DE FAMILIA Y MAESTROS PARA EL TRATO Y AYUDA A ESTOS NIÑOS

A LOS PADRES DE FAMILIA:

Es importante recordar, antes de dar las sugerencias a los padres de familia, que el manejo de estos niños no es fácil y su tratamiento debe incluir a la familia y la escuela.

Sugerencias:

- 1.- Se deben establecer reglas en el hogar que deben ser cumplidas por todos los miembros de la familia, con cierta flexibilidad, esto es, marcar un horario y un lugar para comer, jugar, hacer la tarea, ver la televisión, dormir, etc., y se debe ser consistente en las reglas y la disciplina.*
- 2.- Procurar hablarle en voz baja y pausada.*
- 3.- Tratar de controlar las emociones, lo más posible, para no incrementar la actitud negativa del niño. Hay que recordar que el niño no es directamente responsable de sus actos.*
- 4.- Procurar abrazarlo y acariciarlo constantemente, ya que estos niños son poco sensibles y necesitan hacer contacto con el medio para sentir que existen.*
- 5.- Tratar de hacer notar al niño lo más frecuentemente posi-*

ble sus progresos en la escuela y sus conductas positivas por pequeñas que éstas sean ya que esto estimulará la autoestimación del niño.

- 6.- Procurar intervenir serenamente cuando el niño se comporte en forma inadecuada y discutir el problema con calma.
- 7.- Evitar usar constantemente enfoques negativos, como por ejemplo: no grites en lugar de decirle habla más quedo.
- 8.- No le demuestres lástima ni te burles de él. No te asustes por tener que decirle no, ni seas demasiado indulgente con este niño, decirle no cuando sea necesario, no le causa daño, diga no sin miedo.
- 9.- Ser directo en las órdenes que se le den, el niño no entiende de sutilezas ni de chantajes sentimentales como tampoco establece relaciones con hechos del pasado; se debe dar la orden sin dar explicaciones. Ejemplo: si el niño le preguntara que si puede comerse un plátano, después de haberse comido casi todos los del frutero, se le debe responder toma uno o ya te comiste el tuyo.
- 10.- Darle una responsabilidad que esté al alcance de sus capacidades y reconocerle su esfuerzo aunque sea imperfecto.
- 11.- Limitar el número de amigos, es decir, uno o dos a la vez cuando éste juegue ya que el niño es muy excitable.

- 12.- Procurar que siempre juegue en su hogar para estarlo supervizando. Explicar a los padres de los otros niños su actitud y sus reglas sobre esto.
- 13.- Reservarle en lo posible un cuarto o parte de éste, para que sea su área especial.
- 14.- Evitar colores brillantes o tipos complejos de decoración, esto es, poco amontonamiento de cosas; una mesa de trabajo junto a una pared blanca evita distracciones y ayuda a la concentración del niño ya que éste no puede controlar el exceso de estímulos.
- 15.- Procurar que haga una sola cosa a la vez: darle un juguete; limpiar la mesa de cualquier cosa cuando se le ponga a hacer la tarea o a iluminar estampas, es conveniente - apagar la radio o la televisión cuando esté trabajando.
- 16.- Hacer una demostración de las tareas cuando éstas sean--nuevas o difíciles acompañando la acción con explicaciones cortas, claras y calmadas. Es importante repetir éstas hasta que el niño aprenda, así se utilizan percepciones audiovisuales y sensitivas que refuerzan el aprendizaje, ya que las huellas de memoria del niño hiperquinético toman más tiempo para formarse y hay que ser pacientes y repetir la lección.
- 17.- Supervisar las tareas escolares y explicarle clara y sencillamente lo que no entienda.

- 18.- Revisar las actividades que realizó en la escuela para-- tener una idea clara de los avances o dificultades que-- tiene el niño en las mismas, haciéndole notar únicamente lo positivo de éstas.
- 19.- Estar pendiente de la medicación si se le está dando, co nocer el nombre de ésta y pedirle al doctor que le infor me sobre los efectos de la misma para un mejor control.
- 20.- Pedir toda la información al médico o a la persona que - atiende al niño para tranquilizar tus temores sobre el - tratamiento.
- 21.- Supervisar la administración correcta del medicamento.
- 22.- Encerrar los medicamentos para evitar que sean tomados - por error.
- 23.- Compartir con el maestro de tu hijo la información que-- te dé el médico y los avances que veas en él así como -- las tácticas que te han ayudado a controlarlo.
- 24.- Hacer distinción entre el comportamiento del niño, que-- no te guste y su persona; por ejemplo: eres mi hijito -- querido, pero no me gusta que hagas esto.

PROCURAR LLEVAR A CABO ESTAS SUGERENCIAS EN LA MEDIDA DE LO - POSIBLE, YA QUE ESTO CONTRIBUIRA A LA RECUPERACION DE TU HIJO.

A LOS MAESTROS:

El lugar apropiado para estos niños es un salón de educación especial pero ya que esto es, en la mayoría de los casos, casi imposible, presentamos a continuación algunas sugerencias al maestro para un mejor control y manejo de este niño:

- 1.- Aumentar la autoestimación del niño, sería el primer paso a seguir, ya que estos niños están llenos de reproches, críticas y rechazo; esto se logrará empezando por tareas que estén por debajo de la capacidad del niño de manera que pueda hacerlas y no fracase.
- 2.- Hacer participar al grupo en la ayuda a este niño, explicándoles el problema y pidiéndoles su colaboración tanto en aceptación de éste como en proporcionarle ayuda.
- 3.- Reconocer de inmediato sus logros en forma verbal o no verbal.
- 4.- Concederle recompensas.
- 5.- Utilizar libremente claves de asociación para sostener el interés y mejorar la retención de la memoria, por ejemplo: este color es verde como los limones.
- 6.- Renovar los métodos de enseñanza de acuerdo con el problema y las habilidades del niño.

- 7.- Capturar su interés a través de la motivación y uso controlado y creativo de la novedad y la sorpresa.
- 8.- Establecer metas intermedias para enseñar el principio--de esfuerzo-logro.
- 9.- Evitar sobrecargarlo de datos; pues es más efectiva una enseñanza corta pero repetida.
- 10.- Utilizar los materiales audiovisuales que mejorarán la asociación sensorial cruzada y la comprensión.
- 11.- Pedir cooperación a la administración de la escuela para contar con este material.
- 12.- Observar y anotar los avances o retrasos del niño cada--semana. Esto te permitirá ir aprendiendo la mejor manera de que el niño funciona.
- 13.- Realizar tareas cortas es preferible. Esto es, es mejor 12 tareas de un minuto que una de media hora.
- 14.- Pedir ayuda al psicólogo o al médico cuando te sea muy -difícil ayudar al niño.
- 15.- Pedir una evaluación de este niño y solicitar que se envíe de una clase regular a una clase especial (grupos integrados).
- 16.- Mantener un contacto directo y constante con el médico y los padres de este niño.

- 17.- Evitar etiquetar al niño como descuidado, flojo o desobediente, etc., ya que la actitud del niño no corresponde a la etiqueta que se le quiere dar.
- 18.- Cambiar tus actitudes hacia el niño podría ser favorable para él y para tí, ya que si tu actitud habitual no funciona, un cambio sería muy recomendable.
- 19.- Tratar con el presente es más adecuado con estos niños, es decir, buscar respuestas en el presente y no causas del pasado.
- 20.- Reprender en el momento de la mala acción ya que el niño no comprendería el castigo de actos pasados y te juzgaría injusto.
- 21.- Concentrarse en los aspectos positivos de logro es más útil que hacer notar los aspectos negativos; es decir, marcar con rojo los aciertos y dejar a un lado los errores, es más satisfactorio para el niño decir tuve cuatro aciertos en lugar de decir tuve dos errores.
- 22.- Hacerle notar sus pequeños logros en comparación con el pasado; subrayando sus progresos su respuesta estaría -- así más positivamente dirigida hacia una meta. Una retroalimentación negativa incrementa la angustia y perturba el proceso de aprendizaje. Relacionar el desempeño del hoy con el del pasado es vital, porque estos niños -- no pueden hacer relaciones automáticamente dentro del -- tiempo.

- 23.- Mandar trabajos positivos pasados a su casa en donde se-
vea el progreso en el presente y olvidarse de los negati-
vos; ya que esto contribuirá a lograr padres más felices
que atestiguen el éxito de su hijo y alumnos más dispues-
tos y así su éxito como maestra(o) será evidentemente ma-
ravilloso.
- 24.- No olvidar tú maestro que el niño no puede y no es que--
no quiera hacer las cosas para que no te sientas frustra-
do en tu labor.
- 25.- Tratar de reservarte un tiempo regular para tí maestro--
renovarla tus esfuerzos. Empieza siempre cada día con--
valentía y optimismo.

TRATA EN LA MEDIDA DE TUS POSIBILIDADES DE LLEVAR A CABO ES--
TAS SUGERENCIAS PUES TODOS ESTOS ASPECTOS AYUDAN A ALCANZAR--
LA MADUREZ DEL NIÑO HIPERQUINETICO, SE EMPLEE O NO MEDICACION.

LIBROS QUE SE RECOMIENDAN:

- El niño hiperactivo, por Domeena C. Renshaw. Ed. Fournier,-
S.A.
- Porque lo mando yo, por John K. Rosemond. Ed. Libra.
- El niño hiperquinético, por Rafael Velasco F. Ed. Trillas.
- Yo primero, por Dan H. Woodward y Norma Biondo. Ed. Pax-México.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

CAPITULO I

- 1.- Renshaw Domeena C. El niño hiperactivo. México, Ed. La --
Prensa Médica Mexicana, S.A., 1974, p. 61.
- 2.- Cit. por Solís Rojas Luis. Programa de diagnóstico, tra--
tamiento y rehabilitación de trastornos de atención
con hiperactividad en el medio escolar. Guadalajara
1987. 127 p. Tesis (Especialidad en Psiquiatría In-
fantil) Universidad Autónoma de Guadalajara, p. 9.
- 3.- Idem.
- 4.- Idem.
- 5.- Cit. por Velasco Fernández Rafael. "Conceptos básicos so-
bre hiperquinesia infantil" en Acta psiquiat psicol
Amer Lat. 1983, p. 171.
- 6.- Idem.
- 7.- Cit. por Luis Solís Rojas. loc. cit.
- 8.- Cit. por Rafael Velasco Fernández. loc. cit.
- 9.- Idem.
- 10.- Cit. por Rafael Velasco Fernández. El niño hiperquinético.
2ed., México, Ed. Trillas, 1980, p. 24.

- 11.- Cit. por Rafael Velasco Fernández, 1983, op. cit. p. 170.
- 12.- Cit. por Rafael Velasco Fernández, 1980, loc. cit.
- 13.- Cit. por Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 62.
- 14.- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Dir. -- Sergio Sánchez Cerezo, V. III; México, Ed. Diagonal/Santillana, S.A. 1986, (c. 1985), p. 1067.
- 15.- Idem. Rafael Velasco Fernández, 1983, op. cit. p. 171.
- 16.- Idem.
- 17.- Velasco Fernández Rafael, 1983, op. cit. p. 173.
- 18.- Idem.
- 19.- Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 62.
- 20.- Cit. por Luis Solís Rojas, loc. cit.
- 21.- Brambila B. Gerardo, et al: "Desórdenes con déficit de atención, el niño hiperquinético" en la Revista de la Facultad de Medicina de México, No. 27 (3), México, 1984, p. 107.
- 22.- Cit. por Luis Rojas Solís, op. cit.
- 23.- D.S.M. III, Valdés Miyar Manuel, et al: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Masson S.A. 1983 (Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders) American Psychiatric Association, Washington D.C. 1980. p. 47.

- 24.- Cit. por Rafael Velasco Fernández, 1983, op. cit. p. 169.
- 25.- Ibid. p. 174.
- 26.- Cit. por Gerardo B. Brambila, Loc. cit.
- 27.- Cit. por Rafael Velasco Fernández, 1983, op. cit. p. 173.
- 28.- Cit. por Domeena C. Renshaw, loc. cit.
- 29.- Pass. Velasco Fernández Rafael. El niño hiperquinético.-
2ed; México, Ed. Trillas, 1980, p. 27-59.
- 30.- Woodward y Biondo, Yo primero. 3a. ed., México, Ed. --
Pax-México, 1976, p. IX.
- 31.- Cit. por Rafael Velasco Fernández 1983, loc. cit.
- 32.- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. op. cit.
p. 1071.
- 33.- Pass. Velasco Fernández Rafael. El niño hiperquinético.-
2ed; México, Ed. Trillas, 1980, p. 25-29.
- 34.- Rafael Velasco Fernández, 1983, op. cit. p. 176.
- 35.- Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 75.
- 36.- Cit. por Diccionario Enciclopédico de Educación Especial,
loc. cit.

- 37.- Pass. Solís Rojas Luis, Programa de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de trastornos de atención con hiperactividad en el medio escolar. Guadalajara 1987, Tesis (especialidad en Psiquiatría Infantil). Universidad Autónoma de Guadalajara, p. 13-21.
- 38.- Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 64-65.
- 39.- Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 39-40.
- 40.- D.S.M. III, op. cit. p. 38.
- 41.- Luis Solís Rojas, op. cit. p. 31.
- 42.- Gerardo Brambila B. op. cit. p. 108.
- 43.- Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 32.
- 44.- Idem.
- 45.- Luis Solís Rojas, op. cit. p. 34.
- 46.- Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 32.
- 47.- Ibid. p. 33.
- 48.- Ibid. p. 34-113.
- 49.- Ibid. p. 111.
- 50.- Ibid. p. 113.
- 51.- Idem.

- 52.- Cit. por Gerardo B. Brambila, op. cit. p. 109.
- 53.- Cit. por Luis Solís Rojas, op. cit. p. 38.
- 54.- Ibid. p. 39.
- 55.- Ibid. p. 40.
- 56.- Cit. por Luis Solís Rojas. loc. cit.
- 57.- Pass. Velasco Fernández Rafael. El niño hiperquinético, -
2ed; México, Ed. Trillas, 1980, p. 47-66.
- 58.- Cit. por Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 57.
- 59.- Idem.
- 60.- Cit. por Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 64-70.
- 61.- D.S.M. III, op. cit. p. 49-50.
- 62.- Cit. por Luis Solís Rojas, op. cit. p. 62.
- 63.- Cit. por Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 67-
98.
- 64.- Cit. por Domeena C. Renshaw, op. cit. 65-97.
- 65.- Pass. Solís Rojas Luis. Programa de diagnóstico, trata-
miento y rehabilitación de trastornos de atención -
con hiperactividad en el medio escolar. Guadalajara
1987 Tesis (especialidad en Psiquiatría Infantil)--
Universidad Autónoma de Guadalajara, p. 69-78.

- 66.- Cit. por Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 83-84.
- 67.- Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 85.
- 68.- Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 67-75.
- 69.- Cit. por Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 70.
- 70.- Rafael Velasco Fernández, 1980, op. cit. p. 74.
- 71.- Cit. por Luis Solís Rojas, op. cit. p. 79.
- 72.- Ibid. p. 80.
- 73.- Idem.
- 74.- Luis Solís Rojas, op. cit. p. 82.
- 75.- Idem.
- 76.- Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 127.
- 77.- Pass. Velasco Fernández Rafael. El niño hiperquinético. 2ed; México, Ed. Trillas, 1980, p. 64-66.
- 78.- Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 126.
- 79.- Ibid. p. 127.
- 80.- Ibid. p. 122.

CAPITULO II

- 1.- Solís Rojas Luis, Programa de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de trastornos de atención con hiperactividad en el medio escolar. Guadalajara 1987. -- 127 p. Tesis (especialidad en Psiquiatría Infantil). Universidad Autónoma de Guadalajara. p. 5-6.
- 2.- Renshaw Domeena C. El niño hiperactivo. México, Ed. La -- Prensa Médica Mexicana, S.A. 1974, p. 5.
- 3.- Pass. Sánchez Hidalgo Efraín, Psicología Educativa. 9ed; -- Puerto Rico, Ed. Editorial de la Universidad de -- Puerto Rico, 1975, p. 205-236.
- 4.- Bigge M.L. y M.P. Hunt. Bases psicológicas de la educa- -- ción. México, Ed. Trillas, 1970. p. 124.
- 5.- Nérici Imideo G. Hacia una didáctica general dinámica. -- 2a. ed. Argentina, Ed. Kapeluz, S.A. 1973, p. 19.
- 6.- Domeena C. Renshaw, op. cit. p. 6.
- 7.- Pass. Arroyo de Vaschine Margarita y Martha Robles Baez.- Programa de Educación Preescolar Libro 1 Planifica- -- ción general de programa. México, Ed. SEP, 1981, p. 11 a 43.
- 8.- Secretaría de Educación Pública. Libro para el maestro de -- segundo grado. México, 1971, p. 13.

- 9.- Pass. Danoff Judith, et al: Iniciación con los niños. -- México, Ed. Trillas 1981, p. 18-21.
- 10.- Noguez Corona Everardo, Actitudes de un grupo de madres-hacia sus hijos hiperquinéticos. México, 1985. Universidad Nacional Autónoma de México. p. 46-47.
- 11.- Pass. Secretaría de Educación Pública. La educación especial en México, p. 11-18.

CAPITULO IV

- 1.- Velasco Fernández Rafael, El niño hiperquinético. 2ed; México, Ed. Trillas, 1980, p. 14.
- 2.- Rosemond John K. Porque lo mando Yo. 3a. ed. Ed. Libra, - México 1989, p. 25.

ANEXO C

- 1.- Velasco Fernández Rafael. El niño hiperquinético. 2ed; -- México, Ed. Trillas, 1980, p. 25-26.
- 2.- Ibid. p. 39-40.
- 3.- Velasco Fernández Rafael. op. cit. p. 57-58.
- 3.- Woodward y Biondo. Yo primero. 3a. ed. México, Ed. Pax-México, 1976, p. 5.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. DSM-III, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3a. ed., - Tr. Manuel Valdés Miyar, et al. México, Ed. Masson, - S.A. 1986 (c 1980) 501 p.
- BRAMBILA B. Gerardo, et al. "Desórdenes con déficit de atención. El niño hiperquinético". Revista de la facultad de medicina de México, No. 27 (3), México, 1984: 107-112.
- BELTRAN Sandoval, Rosa Eugenia. Influencia de la hiperactividad en el medio social del niño preescolar. México, - 1986, 71 p. Tesis (Profesora de educación preescolar) Instituto Pedagógico Anglo Español, A.C.
- DANOFF, Judith, et al. Iniciación con los niños. Tr. Gabriela Peirón. México, Ed. Trillas, 1981 (c 1977) 254 p.
- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. V III. México, Ed. Diagonal/Santillana. 1986 (c 1985) 1510 p.
- NERICI Imideo, G. Hacia una didáctica general dinámica. 2a ed., Argentina, Ed. Kapeluz, S.A. 1973 (c 1973) 541 p.
- NOGUEZ Corona, Eduardo. Actitud de un grupo de madres hacia sus hijos hiperquinéticos. México, 1985. 113 p. Tesis (Licenciatura en Psicología) Universidad Nacional Autónoma de México.

- RENSHAW, Domeena C. El niño hiperactivo. 3a ed., México, Ed.-
Fournier, S.A. 1986 (c 1974) 131 p.
- RODRIGUEZ, Romeo S. Nueva guía para el diagnóstico y trata---
miento del paciente pediátrico. 7a. ed., México, Ed.
Méndez Cervantes, 1986 (c 1986) 871 p.
- ROSEMOND, John K. Porque lo mando yo. 3a ed., México, Ed. Li-
bra 1989 (c 1989) 253 p.
- RUIZ Luna, Margarita. Actitudes de las madres que tienen hi--
jos hiperquinéticos. Trabajo de investigación reali-
zado en el año de 1988. Universidad Pedagógica Nacio-
nal. México, 30 p.
- SANCHEZ Hidalgo, Efraín. Psicología educativa. 9a ed., Puerto
Rico, Ed. de la Universidad de Puerto Rico, 1975, -
586 p.
- SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA. La educación Especial en Mé-
xico. México, 1985, 56 p.
- _____. - Libro para el maestro segundo grado, México, ---
1981, 459 p.
- _____. - Programa de educación preescolar. Libro I. Pla--
nificación general del programa. México, 1981. 119
p.
- _____. - Programa de educación preescolar. México, 1979,-
266 p.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA. Subdirección de educación -- elemental, Dirección general de educación preescolar. Programa de detección y prevención de educación preescolar. México, 1984, 475 p.

SOLIS Rojas, Luis. Programa de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de trastornos de atención con hiperactividad en el medio escolar. Guadalajara 1987. 127-p. Tesis (especialidad en Psiquiatría Infantil), -- Universidad Autónoma de Guadalajara.

VELASCO Fernández, Rafael. El niño hiperquinético. 2a ed., México, Ed. Trillas, 1980 (c 1976) 131 p.

_____.- "Conceptos básicos sobre hiperquinesia infantil"
Act. psiquiat psicol Amer Lat. No. 29, México, 1983:
168-177.

VIGGE M.L. y P. Hunt. Bases psicológicas de la educación, México, Ed. Trillas, 1970 (c 1970) 735 p.

WOODWARD, Dan H. y Norma Biondo. Yo primero. 3a ed., Tr. Julia Rodríguez de Vega. Ed. Pax-México, 1986 (c 1972) 153 p.