



UN ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA RELACION EXISTE
ENTRE EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON
HIPERACTIVIDAD Y EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN
NIÑOS DE PRIMER AÑO DE PRIMARIA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA EDUCATIVA
P R E S E N T A N

HERNANDEZ PEREZ SILVIA MARINA
RAZURA BARRANCO MIRTHA GUADALUPE
SOTO CHUC AUREA ROSARIO

"UN ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA RELACION EXISTE ENTRE EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Y EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN NIÑOS DE PRIMER AÑO DE PRIMARIA"



"Mami, la maestra dice que soy tu error".

QUE ES UN NIÑO

Los niños vienen en diferentes tamaños, pesos y colores. Se les encuentra donde quiera: encima, debajo, trepando, colgando, corriendo, saltando... Los papás los adoran, las hermanas y hermanos mayores los toleran; los adultos los desconocen, y el cielo los protege. Un niño es la verdad con la cara sucia, la sabiduría con el pelo desgreñado y la esperanza del futuro con una rana en el bolsillo.

Un niño tiene el apetito de un conejo, la digestión de un tragaespadas, la energía de una bomba atómica, la curiosidad de un gato, los pulmones de un dictador, la imaginación de Julio Verne, el entusiasmo de una chinampina y cuando hace algo, tiene cinco dedos en cada mano.

Le encantan los dulces, las navajas, la Navidad, los libros con láminas, el chico de los vecinos, el campo, el agua, los animales grandes, papá, los trenes, los domingos por la mañana y los carros de bomberos. Le desagradan las visitas, la escuela, las lecciones de música, las corbatas, los peluqueros, los abrigos y la hora de acostarse.

Nadie más se levanta tan temprano, ni se sienta a comer tan tarde. Nadie más puede traer en el bolsillo un cortaplumas oxidado, una fruta mordida, medio metro de cordel, dos caramelos, seis quintos, una honda, un trozo de sustancia desconocida y un auténtico anillo supersónico con un compartimiento secreto.

Un niño es una criatura mágica. Usted puede cerrarle la puerta del cuarto donde guarda la herramienta, pero no puede cerrarle la puerta del corazón; puede apartarlo de su estudio, pero no puede apartarlo de su mente. Todo el poderío suyo se rinde ante él. Es su carcelero, su amo, su jefe... Él, un manojito de ruido y carita sucia. Pero cuando usted regresa a casa con las esperanzas y ambiciones hechas trizas, él puede remediarlo todo con dos mágicas palabras:...

... "HOLA PAPITO".

AGRADECIMIENTOS :

A MIS PADRES

A MI TIA MECHE

A MI HERMANO OMAR

A MIS HERMANOS

CON CARINO :SILVIA MARINA

A MI PADRE, Por que siempre me ha apoyado en todo lo que he realizado, sin reproches y con mucho amor.

A MI MADRE: Por que se ha desvelado conmigo en todo momento que tenía que trabajar.

A MIS ABUELAS Y MI TIA PITA: Por que siempre le pedían a Dios que me ayudara.

A MI HERMANA: Por regañarnos a Chayo y a mí para que termináramos

A BETO Y SUS AMIGOS: Por sacarme del apuro en este trabajo

A BENJI Porque siempre me esperaba.

EN ESPECIAL AL DR. RAYMUNDO URIBE, por su apoyo y su orientación incondicional en el ámbito médico de la Tesis.

A LA PROFESORA EVANGELINA, Porque sin ella no hubiésemos terminado algo que debimos hacerlo hace mucho tiempo...

A CHAYO: Por presionarme y levantarme temprano para trabajar, por que hemos intensificado con este trabajo más nuestra amistad.

CON MUCHO CARIÑO MIRTHA G. RAZURA BARRANCO

A DIOS:

Por haberme permitido llegar a la terminación del presente trabajo; viendo así realizada una de mis metas, además de no dejarme caer en los momentos difíciles de mi vida, repitiendome a cada instante que no estoy sola porque él siempre está conmigo.

**A MIS PADRES: Sr. Enrique Soto y
Ma. del Carmen Chuc.**

Por haberme dado la vida y apoyarme con sus consejos y desvelos a lo largo de mi carrera. Porque sin su ayuda yo no hubiera podido llegar a esta meta tan deseada por ustedes y poder decir que la semilla que algún día sembraron hoy empieza a dar frutos. Gracias por su confianza y por haberme dado la herencia más grande que tienen, su amor de Padres.

A MIS HERMANOS: RITA, CARLOS, DUVE Y CARMEN:

Por el apoyo y compañía a lo largo de mi carrera, por escucharme y compartir todos los momentos de mi vida.

A MIS TIOS: ARMANDO Y MARCELA:

Por el interés y ayuda que me prestaron a lo largo de mi carrera, demostrandome que puedo contar con ellos en todo momento.

A MIS PRIMOS: ARMANDO, SOL, LILI Y ULI:

Por su acompañía cariño y comprensión a lo largo de mi carrera. Gracias.

A EMMANUEL SALATIEL:

Por haber venido a alegrar la casa con sus travesuras y sonrisas. Haciendome olvidar mi cansancio y enojos.

A GERARDO TORRES:

Por el apoyo brindado a lo largo del camino, porque a pesar de las adversidades ha estado a mi lado. Gracias.

A LA PROFRA: EVANGELINA RUIZ:

Por su apoyo, comprensión e interés para la realización del presente trabajo, ya que sin su ayuda no hubiera alcanzado esta meta.

A LA FAMILIA RAZURA BARRANCO:

Por su apoyo desinteresado para que pudiera realizar el presente trabajo.

AL DR. RAYMUNDO URIBE:

Porque gracias a su asesoría y paciencia incondicional, pude adquirir conocimientos en el área médica.

A TODOS MIS PROFESORES DE LA UPN:

Por sus conocimientos a lo largo de mi formación profesional.

**CON TODO CARIÑO:
AUREA R. SOTO CHUC.**

INDICE

INTRODUCCION

PAG

CAPITULO I : MARCOS TEORICOS REFERENCIALES

A) DEFINICION Y DENOMINACION DEL CONCEPTO DE HIPERQUINESIA

A. 1	Introducción	5
A. 2	Antecedentes históricos	5
	A. 2.1 Primeras Descripciones Americanas	6
	A. 2.2 Los trabajos modernos	6
A. 3	Importancia de la definición	8
	A. 3.1 Definición y denominación	11
	A. 3.2 Definición del DSM III-R	12
A. 4	Descripción del cuadro clínico	14
		16

B) PUNTOS DE VISTA QUE HAN ESTUDIADO EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD. (TDAH)

B. 1	Introducción	22
B. 2	Punto de vista Psicológico	23
	B. 2.1 Punto de vista conductista	23
	B. 2.2 Punto de vista psicológico psicoanalista	25
✓ B. 3	Punto de vista Pedagógico	32
B. 4	Punto de vista del Desarrollo	36
B. 5	Punto de vista Médico	39
	B. 5.1 Punto de vista Bioquímico	39
	B. 5.2 Punto de vista Farmacológico	42

CAPITULO II : LA PSICOLOGIA EDUCATIVA EN EL TDAH

2.A	Introducción	45
2.A.1	Concepto de bajo rendimiento escolar	45
2.B	El papel del Psicólogo Educativo en el TDAH	46
2.C	La formación del Psicólogo Educativo en la UPN.	55
2.D	Sugerencias técnicas	57

CAPITULO III : DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.A	Introducción	63
3.B	Metodología	64
	3.B.1 Planteamiento del problema	64
	3.B..2 Objetivos	65
	3.B.3 Hipótesis	66
	3.B.4 Sujetos (Muestra)	66
	3.B.5 Escenario	66
	3.B.6 Variables	67
	3.B.7 Diseño del estudio	67

3.B.8 Instrumentos:	67
3.B.9 Análisis e interpretación de resultados	73

CAPITULO IV: CONCLUSIONES	77
---------------------------	----

- BIBLIOGRAFIA	88
----------------	----

- APENDICE:

APENDICE No. 1 CASO ILUSTRATIVO

INTRODUCCION

El interés que impulsó a estudiar la hiperquinesia y, por lo tanto, a escribir esta tesis surgió de la enorme frecuencia con que se presenta en el ámbito escolar, así como la diversidad de criterios diagnósticos que manifiestan los profesionales, (pediatra, neurólogo, psiquiatra, etc.) que conocen las diversas quejas por parte de padres y maestros acerca de los problemas de conducta y aprendizaje del niño hiperactivo; por ello, está fuera de duda que nos encontramos frente a uno de los problemas más comunes de la etapa escolar. Cabe mencionar que la bibliografía disponible (Gross & Wilson, 1974) reporta una incidencia del 75% en los niños que ingresan a las clínicas en Estados Unidos.

En México, Uriarte (1986) reporta una incidencia de por lo menos un niño hiperactivo en cada salón de clase; siendo, a pesar de estas cifras, una de las patologías menos comprendidas y por lo tanto, errónea en su tratamiento. Con apoyo en las actividades realizadas durante el servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y nuestra experiencia laboral durante dos años, se tuvo conocimiento del punto de vista respecto al trastorno, de profesionistas (psicólogos, pedagogos, maestros, etc.) y padres de familia. Así se obtuvo una apreciación no sólo de los profesionistas, sino también de aquellos que deben afrontar todos los días esta problemática infantil; por ello, el presente trabajo pretende valorar en forma integral el complejo conductual del hiperquinético.

Cómo se mencionó anteriormente, a pesar de su incidencia, el trastorno es uno de los menos conocidos y claros en su definición diagnóstica. Es por esto, que en el Capítulo I se aborda la importancia de la definición y denominación del concepto, a partir de su evolución histórica se llega a las primeras descripciones americanas que lo relacionaron con alguna alteración orgánica. La evolución misma de las investigaciones desembocó, en 1971, en una concepción "moderna" la cual se refleja en el concepto manejado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III-R). Dicho concepto conformó el actual cuadro clínico que se describe en el capítulo mencionado.

Así mismo, se recogen aportaciones de diversas teorías relacionadas con la hiperquinesia, cuyos conocimientos servirán de orientación para aclarar los efectos de las terapias que más se utilizan actualmente con pacientes hiperquinéticos, destacando el importante papel que tienen las manifestaciones educativas del trastorno.

Dadas las manifestaciones mencionadas anteriormente, resulta de gran importancia el papel del Psicólogo Educativo en la terapéutica de la hiperquinesia. Asimismo, el capítulo III aborda la trascendencia de la adecuada evaluación psicodiagnóstica para implementar la terapia pertinente, así como ayudar al niño a desarrollar todas sus potencialidades.

En este contexto, el capítulo contempla la aportación de un programa de intervención psicopedagógica.

Para abordar el problema planteado sobre la relación entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el Bajo Rendimiento escolar, surge la idea de realizar un estudio comparativo entre dos muestras independientes, cuya descripción se hace en el capítulo IV. Donde se recopila también los resultados obtenidos de la aplicación de la batería así como su interpretación

Los objetivos que se persiguen son:

a) Obetener la mayot información posible acerca de la hiperactividad como entidad patológica y sus manifestaciones educativas.

b) Intentar esclarecer la relación entre el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el bajo rendimiento escolar, ya que a partir de ésta se puede planear una efectiva intervención terapéutica.

c) Obtener la mayor información posible - cualitativa y cuantitativa- sobre las áreas cognoscitivas comprometidas en los niños hiperactivos.

d) Proporcionar al docente en servicio, la información pertinente al trastorno y sus implicaciones pedagógicas a fin de que pueda disponer del material necesario para la correcta toma de desiciones, así como una adecuada canalización..

De la investigación descrita en el capítulo anterior, se derivaron conclusiones importantes con respecto al desempeño cognoscitivo de los niños hiperquinéticos, las cuales conducen, a su vez, a un replanteamiento de las directrices causales hiperactividad-bajo rendimiento escolar. De este cambio, se deriva también una nueva forma de abordar el problema; siendo ahora más importante el tratamiento de las incapacidades en el aprendizaje que la hiperactividad motora misma. Así entonces, se abre una nueva línea base de investigación longitudinal, de la que no se hallan reportes en la bibliografía mexicana.

CAPITULO I

MARCOS TEORICOS REFERENCIALES

A.- DEFINICION Y DENOMINACION DEL CONCEPTO DE HIPERQUINESIA

A. 1 INTRODUCCION

Todos los conceptos científicos han evolucionado con el tiempo, el concepto de hiperquinesia lo ha hecho también, de acuerdo con la literatura disponible, puede rastrearse desde los tiempos de Hipócrates, hasta la clasificación psiquiátrica del DSM-III-R «1». Para cada concepto, aparece una denominación específica, llegando a enlistarse más de 80 diferentes. Además, aparece también un intento correctivo o tratamiento correspondiente a cada una de ellas; de tal manera que durante algún tiempo se utilizaron los castigos, en otra época la psicoterapia, después el tratamiento farmacológico y, actualmente, el enfoque multidisciplinario.

~~Una de las primeras dificultades encontradas o encaradas en la literatura sobre el predominio de la hiperquinesia en diferentes medios sociales, es la falta de definiciones aceptadas del concepto. El término ha sido usado para describir una forma de comportamiento, un grupo de comportamiento, y un síndrome diagnóstico con o sin suposiciones etiológicas. También, la idea aparentemente simple de comportamiento hiperactivo, ha sido definida en términos estadísticos basada en el percentil de punto de grado de admisión : la presencia o ausencia del comportamiento considerado por los padres y maestros como constituyendo un problema.~~

No obstante, a pesar de la falta de acuerdo sobre la definición, estudios internacionales han comparado la prevalencia de detalles únicos del comportamiento hiperactivo. En esta situación confusa, se va a restringir el término hiperactividad a un grupo de comportamientos en el que son más importantes la hiperactividad motora, la inatención, la distractibilidad y la impaciencia.

A través de varios años, se ha estudiado el cómo se presentan los síntomas que se han tomado como guía para diagnosticar la "hiperquinesia o hiperactividad". La literatura ha aumentado en cuanto a descripciones del cuadro sintomatológico, llegándose a considerar a la hiperquinesia como una constelación de síntomas críticos, manifestándose la

«1» PICHOT, Pierre Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R. Masson, 1988

importancia de una configuración del cuadro clínico para el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, separar las diferentes conductas de manera que se puedan simplificar y designar con ello los signos y los síntomas no es una tarea sencilla, especialmente en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), pues diferentes expresiones se amalgaman y dificultan su aislamiento, comúnmente los padres y maestros de estos niños argumentan que "siempre están en constante movimiento" y que parecen incapaces de concentrarse y son demasiado impulsivos.

A. 2 ANTECEDENTES HISTORICOS

Las primeras investigaciones organizadas tendientes a investigar la hiperactividad, comenzaron entre 1900 y 1920 (incluso, denominándola de origen cerebral).«2» Con objeto de establecer un marco de referencia para el término histórico, debe especificarse una fecha después de la cual se pueda llamar de manera razonable, "modernos" o "recientes" a los trabajos realizados. Una fecha adecuada tal vez sea 1971, año en que Wender «3» utiliza por primera vez un concepto cualitativamente diferente al de Disfunción Cerebral Mínima, más como una anomalía genética, que como una lesión orgánica.

Así, entonces, cualquier enfoque aceptado antes de 1971, como explicación de la hiperactividad, puede considerarse como histórico; ya que Wender es el primero en considerar la validez del síndrome antes que su etiología.

A. 2.1 PRIMERAS DESCRIPCIONES AMERICANAS

Una de las características de las primeras descripciones americanas, es la aceptación de la etiología orgánica de este trastorno, hasta llegar a ser equivalente de las lesiones cerebrales mínimas.

Durante los años 1920's se publicaron trabajos que aportaron hallazgos acerca de que, síntomas como hiperactividad, comportamiento antisocial e inestabilidad emocional, eran desarrollados después de un ataque de encefalitis infantil.«4» Síntomas similares se reportaron como resultado de heridas en la cabeza. Hohman (1922)«5», a partir de sus observaciones acerca de las alteraciones conductuales que aparecían en los niños atacados por la encefalitis, propuso de manera congruente una etiología para dichas alteraciones. En tales observaciones describió cómo los niños afectados de este proceso inflamatorio cerebral, desarrollaban, con el tiempo y de por vida, trastornos como la conducta antisocial, hiperquinesia, incapacidad para

concentrarse en actividades intelectuales, impulsividad, labilidad emocional, sin mengua alguna de sus capacidades intelectuales.

Bond & Patridge afirmaron en 1926, que "la reacción intensamente hiperquinética... parece ser de lo más concluyentemente orgánica" «IDEM 2». Dolly y colaboradores (1923) describieron conductas similares a las de Hohman en los niños que habían tenido un traumatismo craneoencefálico. Kahn y Cohen (1934), acuñaron el término "organic drivenness" para describir este tipo de hiperquinesis.

Con estos antecedentes, y los trabajos de Bradley (1937) «7» con las anfetaminas (estimulantes de las funciones sensoromotoras), específicamente la benzedrina (depresor o moderador de las funciones cerebrales), se demostró que la sobreactividad a menudo respondía al tratamiento con estimulantes.

El concepto etiológico de daño cerebral se consolida y se extiende a niños que tenían las mismas características conductuales y que mejoraban con los estimulantes, pero que no reportaban antecedentes de daño cerebral de ningún tipo.

El punto de vista de que la presencia de hiperquinesia podría, por sí misma, ser usada como un indicador de daño cerebral obtuvo considerable fuerza de los estudios realizados en 1947 por A. Strauss «8» y colaboradores. En esencia, él y sus colegas encontraron que varias características, incluyendo hiperactividad, desinhibición y distractibilidad, diferenciaban a niños mentalmente retardados con daño cerebral de aquellos mentalmente retardados sin daño cerebral. Sobre estas bases argumentaron que todas las lesiones cerebrales de una clase similar de disturbio conductual y, más aún, que este tipo de conducta era siempre debido a daño cerebral.

En el siguiente punto importante en la historia, fue provisto por los estudios de Pasamanick y Knobloch «9» a finales de los 50's y principios de los 60's sobre la asociación entre las complicaciones perinatales y un rango de resultados extendidos de la parálisis cerebral y retardo mental hacia la hiperactividad y los trastornos de lectura. Postularon un "continuo casual en la reproducción" en el cual los efectos del daño al cerebro durante el periodo prenatal y proceso de nacimiento fueron pensados como variantes de acuerdo con la extensión del daño. Cuando el daño era severo, resultaban trastornos neurológicos bien definidos, pero cuando el daño era medio, había una predisposición a las dificultades conductuales, lo cual no era acompañado de ningún signo de anormalidad neurológica obvio. De esta forma, Pasamanick y Knobloch hipotetizaron la existencia de lesión cerebral mínima la cual era similar en calidad, pero no en

grado, a aquella que provocaba Parálisis Cerebral y Retardo Mental.

Finalmente, durante las dos últimas décadas, el término "Disfunción Cerebral Mínima" se ha aplicado, de modo incrementado, a un amplio grupo de incapacidades conductuales y de aprendizaje, en niños en los que las características principales corresponden al síndrome hiperquinético, pero con la adición de incapacidades perceptuales, cognitivas y específicas de aprendizaje.

Dentro del marco de las lesiones cerebrales mínimas, se ha descrito a la hiperactividad, la torpeza hereditaria, los trastornos viso-motores, la mutación retrasada o irregular y los movimientos exagerados asociado. La mayoría de las veces se ha atribuido a la hiperactividad a lesiones orgánicas no bien definidas y numerosos trabajos han demostrado que, aún cuando la evidencia de daño cerebral en la hiperactividad en algunos casos resulta innegable, en otros, los exámenes neurológicos no indican anormalidad alguna. (Rutter y Hersov, 1975).

A. 2.2 LOS TRABAJOS MODERNOS.

Wender (1971), propuso un concepto diferente al de Disfunción Cerebral Mínima (más como una anormalidad genética, que como una lesión orgánica). Para probar este concepto, es necesario examinar primero la validez del síndrome conductual antes que considerar su etiología. Las descripciones clínicas del síndrome provistas por varios autores cubren un amplio rango de síntomas, pero las características centrales usualmente involucran los fenómenos de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención; de esta manera la noción de síndrome hiperquinético será utilizado como punto de partida, para que dos importantes ciencias biomédicas -Farmacología y Bioquímica - realizaran importantes aportaciones a la definición etiológica.

Fish (1971) «10», clasifica a los hiperquinéticos en tres grupos:

- 1) Hiperquinéticos puros
- 2) Hiperquinéticos con un elevado componente de conducta antisocial.
- 3) Hiperquinéticos con fuertes rasgos de ansiedad.

Afirmando que los dos últimos grupos responden mejor al tratamiento farmacológico.

El estudio de Sprague (1980)«11», pretende haber encontrado una dosificación específica para abatir la impulsividad. Connors (1981) asegura que la conducta

disruptiva es el trastorno que mayormente se modifica con los fármacos.

Una vez caracterizado el cuadro clínico, los posibles centros cerebrales involucrados y neurotransmisores, el interés viró hacia las incapacidades para el aprendizaje y sus manifestaciones educativas. Como resultado, en el campo de la educación especial, el tratamiento de la hiperactividad y su inherente incapacidad para el aprendizaje, cuenta con contribuciones de ciencias tales como la psicología educativa y la medicina. Muchos de los primeros esfuerzos con estudiantes incapacitados para aprender, fueron iniciados por médicos y profesionales relacionados con la medicina; la farmacoterapia es el tipo de involucración médica con estos estudiantes, mencionada casi siempre, en las revistas especializadas.

Uno de los puntos de vista más actuales, tanto en Estados Unidos e Inglaterra, es que existen numerosas maneras en las que la dieta puede afectar a la salud en general y el aprendizaje. Las más conocidas respecto a la hiperquinesis son:

- Tratamiento Ortomolecular (moléculas de mayor peso o de fácil utilización) o megavitamínico. Hoffer (1971), identificó un grupo de tres niños como poseedores del "Síndrome que responde a la vitamina B3", caracterizado por la hiperquinesia, bajo rendimiento escolar, cambios perceptuales y malas relaciones escolares. Cott (1977), cree que la intervención ortomolecular con el niño hiperactivo incapacitado para aprender, quizá ayude a mejorar más del 50% de los afectados. Brenner (1982), realizando un estudio longitudinal de tratamientos megavitamínicos de 100 niños con hiperquinesis concluyó que algunos se beneficiarían con un programa megavitamínico del complejo B.

- La Dieta Feingold. Es muy conocida entre los padres con hijos hiperactivos e incapacitados para aprender. Feingold (1976), instruye a los padres a omitir por completo, los salicilatos (derivados del ácido acetyl salicílico, como aspirina, mejoral, disprina etc) naturales, los colorantes, saborizantes artificiales y la aspirina. Clyde Hawlwy y Robert Buckley (1974), han tratado niños con trastornos hiperquinéticos, limitando el consumo dietético de sustancias colorantes y salicilatos aditivos de alimentos, introduciéndolos gradualmente para establecer límites de tolerancia.

Por su parte William G. Cook (1974), alentó a los médicos para que consideraran el "Síndrome alérgico tensión-fatiga" cuyos síntomas incluyen: fatiga, irritabilidad, mala ventilación nasal, dolor de cabeza, abdominal y de brazos y piernas. Cook cree que este síndrome puede ser causado por una reacción alérgica a alimentos que afectan el sistema

nervioso. Se piensa que este síndrome es una causa de los problemas de aprendizaje, hiperactividad, depresión y conducta obsesiva-compulsiva.

El consumo excesivo de azúcar es visto como un posible agente tóxico por el Dr. Hugh W. S. Powers Jr. (1974), relacionando el nivel de azúcar en la sangre con el metabolismo cerebral. Examinó 50 niños que habían sido referidos con problemas múltiples del sistema nervioso, incluyendo hiperactividad, trastornos psicossomáticos, irritabilidad, distracción, memoria pobre y rendimiento escolar en disminución. El consumo de azúcar de estos individuos promediaba 6.5 veces arriba del consumo diario normal.

A últimas fechas, la investigación sobre el particular, se ha inclinado hacia el estudio del efecto de las concentraciones de algunos minerales en el organismo. Rimland y Larsen (1983), dieron un resumen de investigaciones, en las que indicaron que de 51 estudios descubiertos, diez se asociaban con incapacidades para aprender y cinco a hiperactividad. Entre sus descubrimientos estuvieron:

1. Las concentraciones altas de metales tóxicos están asociados con muchos tipos de conducta patológica.

2. Una conducta indeseable se asocia con concentraciones altas de algunos de los minerales esenciales y con valores bajos de otros. Específicamente, las incapacidades para el aprendizaje parecen estar caracterizado por un patrón general de plomo, cobre y manganeso elevados; ya que estudios como los de David (1976), Sauerhoff y Michaelson (1973), Thomson et. al. (1989), han demostrado que el envenenamiento por plomo ha sido reconocido como un contribuyente potencial a la hiperactividad, asociada a concentraciones elevadas pero no tóxicas de plomo en el cuerpo.

En México, en febrero de 1993. El Lic. Sadot Fabila Alba, director general de comunicación social de la SSA. en coordinación con el INER e IMSS, realizaron estudios sobre las enfermedades respiratorias y contaminación ambiental, dando a conocer, que el plomo, junto con otros contaminantes afectan notablemente a la salud, siendo una de las principales causas de atención hospitalaria, manifestando, que las enfermedades ocasionadas son alteraciones a largo plazo de la coordinación motora fina, pérdida de la memoria, irritación del carácter, mal humor, retardo de reflejos, somnolencia e hiperactividad entre otras cosas.

Separar las diferentes conductas de manera que se puedan simplificar y designar con ellas los síntomas y signos, no es una tarea sencilla, particularmente en el trastorno de la hiperquinesia, pues sus diferentes expresiones se entrelazan

dificultando su aislamiento; también es importante señalar la complicación de determinar longitudinalmente qué síntoma se manifiesta primero y cuál fue agregado durante su desarrollo.

Es así que la curiosidad tenida por el concepto de hiperquinesia no es puramente semántica, sino que se sustenta en el interés por definir con precisión el cuadro clínico en cuestión y suministrar las medidas terapéuticas que mayor beneficio le proporcionen.

Este cuadro nosológico es uno de los que revisten mayor dificultad, de manera que a muchos niños se les han proporcionado diversos tratamientos sin que realmente lo necesitaran. De aquí la importancia de definir con claridad y precisión el concepto, para llegar a una descripción del cuadro clínico, realizar la observación adecuada de conductas que presenta el individuo para obtener un diagnóstico y concluir con una intervención terapéutica acorde al síntoma, ya que por otro lado los trastornos de conducta de los niños son confundidos a menudo, incluso por los padres, como rabietas o empecinamientos de carácter infantil, cuando muchas veces la realidad consiste en que el niño padece alguna alteración que no es tratada, puede afectar seriamente la vida del individuo, así como sus relaciones interpersonales en la familia y la escuela.

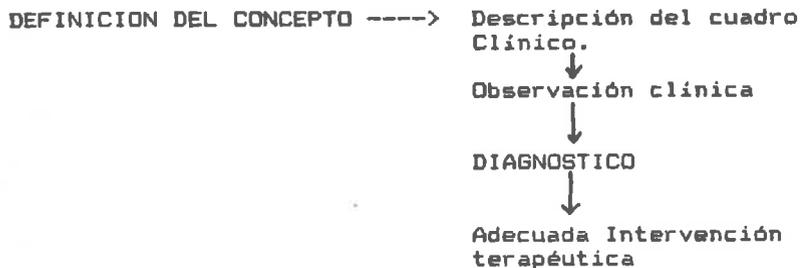
A.3) IMPORTANCIA DE LA DEFINICION

La importancia de definir el concepto de hiperquinesia sobrepasa su simple denominación. Tal denominación difiere a partir de la concepción de la patología, la etiología, los signos y síntomas, así como del estudio terapéutico.

Delimitar el concepto de hiperquinesia se dificulta debido a que los trastornos mentales no son entidades discretas con límites precisos respecto a otros trastornos mentales y a la ausencia del trastorno mismo. Un error muy frecuente es el de creer que todos los individuos afectados por la misma patología son iguales en todos los sentidos. Aún cuando todos los individuos afectados por el mismo trastorno mental presentan por lo menos los mismos síntomas que los caracterizan, pueden diferir en otros aspectos importantes que afectan a la estrategia terapéutica y a la evolución del mismo trastorno.

La definición del TDAH consistirá en la caracterización precisa del cuadro clínico en cuestión, a fin de determinar la adecuada intervención terapéutica, sin olvidar que estos aspectos se encuentran mediatizados por la observación clínica del individuo. Esto es, de la observación del

paciente, se derivarán los signos y los síntomas que caracterizan su cuadro clínico definiendo así la patología. A partir de esto se establecerá un diagnóstico y grado de severidad del trastorno dando lugar a una adecuada intervención terapéutica.



A.3.1 DEFINICION Y DENOMINACION

El 30% o 40% de los niños acuden a clínicas de adiestramiento en los Estados Unidos, son diagnosticados como hiperactivos, comparándose con el 15 % en Inglaterra. El diagnóstico británico requiere que síntomas como la hiperactividad y los cortos periodos de atención ocurran en un grado extremo, y a través de muchas situaciones, mientras que en los Estados Unidos, estos síntomas pueden ser menos sobresalientes, pero la definición del síndrome hiperactivo puede ser más aceptable por la inclusión de comportamientos como: ansiedad, agresividad, impulsividad, berrinche y problemas de aprendizaje. Es claro que en los Estados Unidos, los niños definidos como hiperactivos incluyen a muchos que en Inglaterra serían diagnosticados como afectados por un trastorno de conducta «13».

Cantwell (1975) ha presentado evidencia para la existencia del síndrome, admitiendo que los niños afectados son heterogéneos y que el origen de tal síndrome es desconocido, argumenta que la evidencia disponible apunta a una figura clínica característica, historia natural, antecedentes familiares y patrones de hallazgo en pruebas psicológicas.

«13» LAPOUSSE, R. & MONK, M. Epidemiologic Study of Behavioural characteristics in children. " Hiperquinesia y niños con problemas de conducta en una población de escuela primaria ". Am. J. Public. 1348 1134-1144.

La definición británica incluye hiperactividad extrema y la incapacidad para concentrarse por más de unos segundos. En bases clínicas, epidemiológicas y datos de laboratorio, Graham & Shaffer (1974)«15», han discutido que los síntomas de hiperactividad son comúnmente asociados con una variedad de desórdenes psiquiátricos infantiles, más que formando un síndrome específico.

La hiperactividad es presentada ya sea como figura sintomática sobre un fondo de desorganizaciones .

La hiperactividad como síndrome, vuelve a encontrarse en la definición de Síndrome Coreiforme (H.F. Prechtl, 1978)«16», así como en el trastorno impulsivo del carácter y del niño acting-out. Siendo estas dos últimas formas intermedias.

En tipos diferentes de conductas patológicas, la hiperactividad es puesta en un primer plano, con lo que se parece mucho al descrito como Síndrome de Inestabilidad Psicomotriz, por los autores franceses. Si, están en un segundo plano, entonces es parte del cuadro descrito en Francia con el nombre de Trastorno de la Conducta y del Comportamiento y en otros casos, se asocia a un trastorno del aprendizaje.

Definir la relación entre el supuesto síndrome de hiperactividad y el desorden de conducta agresiva, ha sido un punto específico de disputa, una parte sosteniendo que niños antisociales son un subgrupo de aquellos con hiperactividad y los otros, que la hiperactividad y la impulsividad son parte del síndrome de desorden conductual.

Estas diferencias en la concepción de la patología, de su etiología, de sus signos y sus síntomas, se refleja en el hecho de "que se le asignen más de 80 denominaciones diferentes (Rosenthal, 1973). Para mencionar sólo las más difundidas:

«16» Síndrome Coreiforme: Perturbación patológica de los centros motores, caracterizada por movimientos involuntarios espasmódicos que constituyen una enfermedad aguda que dura varias semanas y se debe no pocas veces a infecciones reumáticas agudas, o en una enfermedad aguda, progresiva y hereditaria. Es sintomática de lesiones del cuerpo estriado o de la médula. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Fondo de Cultura Económica, México 1978.

- * Parálisis Cerebral Mínima
- * Retardo en la Maduración Cerebral
- * Trastorno Conductual Posencefálico
- * Daño Cerebral Mínimo
- * Disfunción Cerebral Mínima
- * Hiperquinesia Infantil
- * Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- * Trastorno en el Aprendizaje
- * Pseudoneurosis Infantil.
- * Niño Hiperactivo
- * Impedimento Neurológico Mínimo
- * Niño con Disfunción
- * Niños con Dificultades Perceptivas o Perceptualmente Impedidos.
- * Niños con Problemas Especiales de Aprendizaje
- * Niño con Incoordinaciones o Insuficiencias en el desarrollo
- * Niño con Desórdenes del Lenguaje
- * Niño con defectos Cognoscitivos
- * Niño Disléxico
- * Retraso Maduracional
- * Inmadurez Neurofisiológica
- * Disfunción del Sistema Nervioso Central
- * Niño " Orgánico " «17»

Recientemente (1984), apareció la clasificación estadounidense de los trastornos mentales (DSM-III), la cual proporciona un avance considerable en la comprensión de la patología mental en su conjunto y de la hiperquinesia en particular. De esta forma, la denominación propuesta para tal síndrome es TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON O SIN HIPERACTIVIDAD, aportando también los criterios diagnósticos y de gravedad para el trastorno. En 1988 se publicó la edición revisada: El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III-R).

Para los fines del presente trabajo, se considera la hiperquinesia como un síndrome en base a los criterios del DSM-III-R

A.3.2 DEFINICION DEL DSM-III-R

En el DSM-III-R, cada uno de los trastornos mentales conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual, clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador y deterioro en una o más áreas principales de actividad o con riesgo significativamente mayor de placer, dolor, incapacidad, etc. además, este síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea la

etiología, el trastorno es considerado como una disfunción psicológica, conductual o biológica. La conducta socialmente desviada, o los conflictos del sujeto con la sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea un síntoma perteneciente a una disfunción del tipo citado.

El DSM-III-R puede ser considerado como " descriptivo " puesto que en las definiciones de los trastornos se limitan a describir las características clínicas (signos o síntomas conductuales fácilmente identificables).

Esta clasificación descriptiva forma un sistema multiaxial, que consta de cinco grandes áreas denominadas:

EJE I	Síndromes Clínicos
EJE II	Trastornos del Desarrollo
	Trastornos de la Personalidad
EJE III	Trastornos y Estados Físicos
EJE IV	Gravedad el Estrés Psicosocial
EJE V	Evaluación global del Individuo

El TDAH se localiza en el eje II subclase Trastornos de Conducta perturbadora, esta subclase de trastornos se caracteriza por conductas socialmente perturbadoras, que provocan mayor malestar en los demás que en los sujetos que los presentan.

Esta subclase contempla el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el negativismo desafiante y los trastornos de conducta.

Se considera al TDAH como una triada sintomatológica compuesta por:

Falta de Atención----> Impulsividad

Hiperactividad

Caracterizándose cada una por las siguientes manifestaciones conductuales:

FALTA DE ATENCION : No puede acabar lo que empieza, parece no escuchar, se distrae con facilidad, se le dificulta concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que requiere una atención sostenida (incluyendo el juego).

IMPULSIVIDAD: Actúan antes de pensar, cambian con mucha frecuencia de una actividad a otra, tienen dificultad para organizarse en el trabajo (sin déficit cognitivo), necesitan una supervisión constante, dificultad para sujetarse a las normas del juego.

HIPERACTIVIDAD: Corre de un lado a otro con exceso, le cuesta trabajo quedarse quieto en un sitio o se mueve constantemente, le cuesta mucho trabajo permanecer sentado, está siempre en marcha, actuando "como si lo moviera un motor".

El trastorno tiene inicio antes de los siete años, durando al menos seis meses, tomando en cuenta que todo esto no se deriva de una esquizofrenia, o trastornos afectivos.

Sin embargo, la literatura demuestra:

- a) Falta de definición de déficit de atención
- b) Evidencia ambigua y no específica para "un pobre desempeño de la atención" en niños con hiperactividad.
- c) La calidad de las dificultades de la atención en una variedad de condiciones e impedimentos, lo cual dificulta su uso común marcador discriminatorio para hiperactividad.

A.4 DESCRIPCION DEL CUADRO CLINICO

Para poder hacer una adecuada definición, es necesario homogeneizar criterios en cuanto a algunas definiciones, tales como:

- **SIGNO:** Es cualquier cambio o manifestación, que puede indicarnos la presencia de patología, por ejemplo. las manchas de Koplick o signo de Koplick que nos indican la aparición del Sarampión.

- **SINTOMA:** Es una manifestación orgánica en ocasiones dolorosa, que percibe la persona como un cambio drástico en su estado de salud, por ejemplo, la fiebre, el dolor, el edema, el hematoma, etc.

- **SINDROME:** Se interpreta como la reunión de varios síntomas que dan una patología determinada, por ejemplo: diarrea + fiebre+ dolor abdominal = prob. infección intestinal.

- **TRASTORNO:** Se considera un trastorno en forma similar a un síndrome, pero de carácter irreversible, aunque algunos controlables.

La separación de signos y síntomas que aquí se expone, está tomado del libro "Hiperquinesia" del Dr. Víctor Uriarte «17», quien a su vez se basa en los criterios diagnósticos del DSM-III (1980), en el sistema AMP (1972), en la clasificación de Wender (1971) y la clasificación del Dr. Velasco Fernández (1980), reagrupando las conductas en base a las opiniones de padres y maestros que obtuvo en su investigación.

SINTOMATOLOGIA

I. SINTOMAS PRIMARIOS

- a) Inatención
- b) Hiperactividad
- c) Torpeza motora e Inmadurez Perceptual
- d) Impulsividad y baja tolerancia a la frustración
- e) Disminución en la capacidad para experimentar dolor y placer
- f) Trastornos formales del pensamiento
- g) Otros

II. SINTOMAS SECUNDARIOS

MECANISMOS COMPENSATORIOS Y RESTITUTIVOS

- a) Mitomanía
- b) Conducta Impredecible
- c) Comportamiento disruptivo-llamar la atención
- d) Egoísmo
- e) Depresión/Ansiedad
- f) Enuresis
- g) Hipersugestionabilidad
- h) Tendencia al aislamiento

I. SINTOMAS PRIMARIOS

A) INATENCIÓN: Es el problema fundamental, el más sobresaliente y el más duradero del trastorno, se caracteriza por una grave incapacidad para concentrarse en tareas de tipo intelectual, ya que en actividades no estructuradas este déficit no se manifiesta de manera importante. Las deficiencias en la concentración y mantenimiento de la atención, distractibilidad, implican una incapacidad para jerarquizar y organizar los eventos que le rodean.

Esta dificultad en los procesos de atención y concentración le impiden terminar las tareas por más que se empeñen en contemplarlas. Así mismo, esta incapacidad compromete a la memoria "Todo se le olvida porque no pone atención". Aún cuando el problema anémico del hiperquinético dista mucho de ser un trastorno de la memoria en sentido estricto, claramente puede verse que después de haber aprendido bien un concepto, lo olvida, con mucha facilidad.

Esta situación trasladada a la escuela conduce lógicamente a una dificultad para el aprendizaje. Aquí vale la pena diferenciar entre una dificultad para el aprendizaje, como el resultado de la inatención y un trastorno específico de aprendizaje, el cual se presenta en los hiperquinéticos independientemente de los procesos implicados en la atención.

B) HIPERACTIVIDAD: Es cualitativa más que cuantitativa. Esta hipermotilidad, es incontrolable y no tiene propósito fijo ni útil. El infante mueve las manos y los pies, pues no puede permanecer sentado, ni en sitio fijo.

C) TORPEZA MOTORA E INMADUREZ PERCEPTUAL: La dispraxia se manifiesta en dos áreas: Motricidad gruesa y fina. La motricidad gruesa requiere movimientos amplios y buenos reflejos. Esta esfera no se encuentra tan afectada en el síndrome que nos ocupa, aunque representa una limitante en los procesos de socialización a través de los deportes. La motricidad fina está muy comprometida con las habilidades escolares, lo cual implica una gran dificultad para realizar trabajos manuales.

D) IMPULSIVIDAD Y BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION: Son dos síntomas muy difíciles de separar en forma precisa e incluyen diferentes comportamientos tales como: desobediencia patológica y diversas conductas antisociales. La mayoría de estos comportamientos tiene la misma causa, pero reciben denominaciones diferentes, ya que se manifiestan de y una manera en un contexto y de manera distinta en otro. La baja tolerancia a la frustración se refiere a una pobre capacidad

para controlar los impulsos, que el niño percibe como un comportamiento totalmente inadecuado pero que escapa de su control. Wender (1971) la llama distonicidad yoica. La impulsividad consiste en que el niño hiperquinético actúa primero antes que pensar.

La agresividad puede considerarse como resultado de la poca tolerancia a la frustración y la impulsividad.

La destructividad como muchas otras conductas hiperquinéticas se caracteriza porque no tienen un propósito de investigación sino que es resultado de la impulsividad, poca precaución, torpeza manual y agresividad hacia los objetos.

La desobediencia patológica descrita por Velasco Fernández (1968), consiste en un grave impedimento para acatar órdenes "Parece que no me oye o no me entiende".

E) DISMINUCION EN LA CAPACIDAD PARA EXPERIMENTAR PLACER Y DOLOR: Diversas evidencias clínicas se inician al demostrar que el niño hiperquinético tiene una alteración en un centro cerebral específico (el Haz Medial Telencefálico probablemente) siendo ésta además la causa probablemente de la desobediencia patológica.

F) TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO Se localiza en la forma más no en el contenido, implicando una inadecuada verbalización, poco precisa al no poder jerarquizar y organizar sus ideas. Los más frecuentes son: Taquilalia, verborrea, pararrespuesta, disgregación y fuga de ideas.

G) OTROS: Son, en general, rasgos obsesivos-compulsivos. Los más comunes son: perseveración, umbral muy alto al dolor, hipersensibilidad, alteración del patrón del sueño (períodos de insomnio e hipersomnio, intranquilidad durante el sueño).

II. SINTOMAS SECUNDARIOS O AGREGADOS.

A) MITOMANIA: Tendencia a mentir como un intento de justificación ante sí mismo y los que le rodean.

B) CONDUCTA IMPREDECIBLE: Reacciones exageradas que manifiestan una sensibilidad diferente, ante diversas vivencias cotidianas.

C) TENDENCIA A LLAMAR LA ATENCION: Conductas disruptivas con el propósito de que la gente se fije en él.

D) DEPRESION / ANSIEDAD: Su conducta está caracterizada por fenómenos reactivos acompañados de sentimientos de culpa que desembocan en una baja autoestima.

E) HIPERSUGETIONABILIDAD: Su actitud es fácilmente cambiada por los demás, contrastando con la desobediencia patológica.

F) EGOISMO: Obedece a un mecanismo más fundamental y menos reactivo.

G) ENURESIS: Es un mecanismo reactivo.

TENDENCIA AL AISLAMIENTO: A pesar de su desinhibición y extroversión, el niño hiperquinético puede desarrollar tendencia al aislamiento pues no entiende ni sigue las reglas sociales.

Los resultados de la investigación realizada por el Dr. Uriarte (1989), en una muestra de niños mexicanos en cuanto al porcentaje de aparición de los síntomas puede resumirse en el siguiente cuadro, tomando en cuenta la opinión tanto de padres como de maestros.

"PORCENTAJE DE APARICION DE SINTOMAS, SEGUN URIARTE (1988)"

SINTOMA	PADRES	MAESTROS
Inatención	89 %	100 %
Hiperactividad	88 %	88 %
Torpeza en la motricidad gruesa.	30 %	-
Torpeza en la motricidad fina.	62 %	75 %
Baja tolerancia a la frustración	55 %	-
Impulsividad	86 %	71 %
Agresividad	83 %	75 %
Destruktividad	69 %	51 %
Desobediencia patológica	87 %	68 %
Mitomanía	72 %	63 %

Conducta impredecible	69 %	-
Tendencia llamar la atención	81 %	77 %
Egoísmo	63 %	-
Enuresis*	13 %	-
Tendencia al aislamiento	66 %	60 %

* El 84 % de los enuréticos había tenido control previo, así que se trataba de una recaída.

Hace algunos años, se pensaba que la hiperquinesia desaparecía en la adolescencia con los cambios hormonales, actualmente la literatura demuestra que independientemente de su etiología el desarrollo del trastorno es más favorable en algunos sujetos que en otros. Efectivamente, el problema conductual se abate (que no es lo mismo que desaparece) pero el conflicto emocional aumenta presentándose la llamada psicología agregada. La inatención y los problemas de concentración prevalecen, el individuo ha vivido una historia de fracasos escolares y un bajo concepto de sí mismo, lo cual necesariamente se reflejará en sus relaciones laborales e interpersonales. De la adolescencia al período de la vida adulta, la hiperactividad dará un giro sintomatológico, acentuándose los trastornos en el estado emocional y las interacciones sociales, enmascarándose bajo el aspecto de una psicopatología o un trastorno de la personalidad. Siendo frecuentemente diagnosticados a los hiperactivos residuales como neuróticos, histéricos, psicóticos, esquizofrénicos, etc.

De aquí se deriva la necesidad de elaborar una historia clínica que abarque desde el período de gestación hasta la edad actual del paciente, a fin de obtener un diagnóstico diferencial. Wender (1979) «19», agrupa la sintomatología del trastorno residual en seis grandes categorías:

- 1.- Dificultad para mantener fija la atención
- 2.- Anormalidades motoras
- 3.- Incapacidad para controlar los impulsos
- 4.- Alteración en las relaciones personales
- 5.- Reacción emocional alterada
- 6.- Anormalidades cognoscitivas

Uriarte (1988) «17», reporta además, la presencia de problemas en la escritura (disortografías) y en el lenguaje (pronunciación), dificultad en la orientación derecha-izquierda con respecto a planos y mapas.

El TDAH es un síndrome conductual con signos claros de hiperactividad, impulsividad, distractibilidad, excitabilidad y atención de corta duración. Otros síntomas que algunas veces se presentan en ciertos niños son agresión, déficit conceptuales y perceptuales, trastornos del aprendizaje, dificultades del habla, pobre autoconcepto y depresión. El síndrome se hace más evidente cuando los niños llegan a la edad escolar y tropiezan con dificultades para cumplir las exigencias de la clase. La actividad exagerada es una parte principal en la niñez temprana.

La adolescencia continúa siendo un período difícil para los niños hiperactivos, aunque las manifestaciones del trastorno parecen cambiar con la edad. Aunque la inquietud, distractibilidad y concentración deficiente, suelen disminuir, estas características siguen siendo un problema para algunos adolescentes. El cambio principal durante este período parece ser la aparición de dificultades en la conducta social y las relaciones interpersonales. Particularmente notorias son la rebeldía, la conducta antisocial y baja autoestima. Los problemas con el rendimiento académico y con la solución de problemas permanecen intactos. En la clase, los adolescentes hiperactivos siguen con problemas de atención, pero ahora menos perturbadores que en años anteriores, manifestándose como un déficit global en el rendimiento académico.

Una evaluación diagnóstica debe proporcionar hipótesis sobre las cuales deberá basarse el tratamiento. Evaluación y tratamiento están inseparablemente entrelazados. La primera comprende la formulación de una clasificación diagnóstica, una delimitación cuidadosa de las capacidades y deficiencias del niño, una descripción clínica de sus síntomas, temperamento y personalidad. Este enlace está dado por el marco teórico, que trata de explicar la etiología del síndrome, es decir, no basta la descripción sintomatológica sino que se necesita de la explicación etiológica para determinar la terapéutica a seguir

NOTAS DEL CAPITULO I A

- 1.- PICHOT PIERRE Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSMIII-R.MASSON. 1988
- 2.- BOND L Patrige. Ge. "Post Encephalitic Behavior Disorders in Boys and Their Management in a Hospital". Am J. Psychiatry 83: 25- 103. 1926.
- 3.- Wender, P. H. "Minimal Brain Dysfunction in Children" N. York: Wiley - Interscience, 1971.
- 4.- BRADLEY, C. "Characteristics and Management of Children with Behavior problems Associated with Organic Damage" Pediatric clinics of North America. 1049 - 1060. 1928
- 5.- HOHMAN, L.B. "Post. Encephalitic Behavior Disorders in Children "Johns Hopkins Hosp. Bull, 33: 372 - 375, 1922.
- 6.- Idem (2)
- 7.- BRADLEY,C."The Behavior of Children Receiving Benzedrine" American Journal Psiq.94:577-585, 1937.
- 8.- Strauss, A.A. y Lehtinen, L.G. "Psychopathology and Education of the Brain" - Ingrid children, Nueva York, Grune and Stratton, 1947.
- 9.- Pasamanick, B. y Knobloch, H. "Epidemiologic Studies on the Complications of Pregnancy and the Birth Process Prevention of Mental Disorders in Children" N. York, Basic Books. 1961
- 10.- Fish, B. "The One Child, one Drug, Myth of Stimulants in Hyperkinesis ", Arch Gen. Psychiat 25: 193 - 203, 1971

- 11.- Sprague, R.C. y Sleator, E.K. "Drugs Dosages: Implications for Learning Disabilities ", en la obra de D. J. Bakker, (dir) the Neuropsychology of Learning Disorders, Baltimore: Univ. Park Press, pág. 5: 351 - 366, 1976
- 12.- Feingold, Bibliografía Artículos No.20
- 13.- Lapousse, R. & Monk
- 14.- Cantwell Bibliografía en los Artículos -No.13
- 15.- Shaffer of Graham "Controlled Observations on Patterns of Activity, Attention, and Impulsivity in Brain Damage and Psychiatrically Disturbed" Psychological Medicine 4: 4-18, 1974.
- 16.- Síndrome C. Cita en pié de página.
- 17.- Uriarte Victor, Hiperquinesia. Trillas. Méx. 1909. pág. 24 cap. 2
- 18.- Idem 17
- 19.- Wender. P.H. "The Concep of Adult Minimal Disfunction (MBD)", en la obra "Psychiatric Aspects of Minimal Brain - Dysfunction in Adults", de C. Bellak (dir) N. York, 1979
- 20.- Uriarte ... idem 17

B) PUNTOS DE VISTA QUE HAN ESTUDIADO EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

B.1 INTRODUCCION

El TDAH, se encuentra inmerso en un amplio e incierto panorama etiológico, cuyos primeros intentos de definición remitieron a atribuirle una causa orgánica. Investigaciones posteriores sobre los electro-encefalogramas (EEG) de los hiperquinéticos, demostraron que la correlación " Disfunción Cerebral " ---" Hiperactividad " no era constante para todos los casos. Existen numerosas evidencias de casos, de hiperactividad con Electro Encefalograma(EEG) completamente normales. Como resultado de esto, el modelo médico ya no fue suficiente para entenderlo completa y adecuadamente.

Con tantos conceptos y problemas diagnósticos que han plagado a la hiperquinesia, se presentan nuevos marcos conceptuales que se suman al modelo médico: el psicológico, el pedagógico y el de desarrollo. Cada uno de estos marcos o modelos teóricos tienen un particular concepto de hiperquinesia y para cada concepto una terapéutica específica.

A medida que el cuadro clínico fue conformándose se hizo patente la necesidad de incluir estos nuevos modelos para un adecuado manejo y comprensión del trastorno. La naturaleza misma del TDAH, sus manifestaciones en las cuatro esferas antes mencionadas, así como estudios longitudinales recientes han demostrado que el enfoque multidisciplinario es el más adecuado para tratar un cuadro hiperquinético. A continuación se presenta un cuadro que resume las principales teorías que han abordado el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), desde los 4 puntos de vista:

I PSICOLOGICO

- A) Conductismo
- B) Psicoanálisis

II PEDAGOGICO

III DE DESARROLLO

IV MEDICO

- A) Bioquímico
- B) Farmacológico

PERSPECTIVAS TEORICAS ACERCA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

B.2) PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO

B.2.1) PSICOLOGICO CONDUCTISTA

La hiperactividad, dentro del conductismo es definida como "Una conducta de tasa muy elevada mantenida por un largo tiempo, que produce consecuencias aversivas a otros (saltar, movimientos excesivos, etc.)". La hiperactividad puede ser reforzada por dos diferentes tipos de consecuencias

a) de naturaleza intrínseca a la propia actividad, que la convierte en una conducta similar a la autoestimulación; y b) de tipo extrínseco, por la que obtiene gran cantidad de reforzamiento social (se le presta atención, se le habla, se le intenta controlar, etc.). Depende del tipo de consecuencia el que se deba o no utilizar un método determinado. En el primer caso, en el que la hiperactividad produce consecuencias intrínsecas, lo más apropiado es reforzar conductas incompatibles, es decir, estar sentado o sin moverse durante periodos cada vez mayores. ¿Por qué esto y no utilizar mejor el castigo? Por la siguiente razón: la hiperactividad topográficamente definida, es una categoría sumamente amplia y variable, es más, su definición precisa se da en términos de su frecuencia y su persistencia, más no de su topografía (conjunto de particularidades que presentan los niños hiperactivos, en su configuración superficial), como puede serlo en el caso de la estimulación. El castigo en la hiperactividad podría acarrear efectos contraproducentes en tanto que reduciría, no sólo una forma de conducta, sino gran diversidad de conductas las que de emitirse con frecuencia más baja naturalmente deberían reforzarse. Por ello, lo más conveniente es consolidar en base a un **REFORZAMIENTO DIFERENCIAL** de otras respuestas (RDO). En un principio, debe reforzarse por periodos reducidos, los que aumentarán gradualmente hasta que el sujeto obtenga fuentes de reforzamiento adicional que mantenga esas conductas, físicamente incompatibles con la hiperactividad.

En el segundo caso, debe operarse de manera distinta. Dado que el reforzamiento es de naturaleza social y se está administrando a través de la conducta de otras personas, debe aplicarse un procedimiento que no sólo suspenda dicho reforzamiento, sino que además, afecte los estímulos discriminativos que hacen altamente posible la hiperactividad. El único método que permite tales operaciones es el **TIEMPO FUERA TOTAL**. Al aislar al sujeto de la situación en que obtiene reforzamiento, no sólo se corta el acceso a

dichas consecuencias, sino que también se le aleja de la presencia de estímulos discriminativos que se asocian a ellas.

Las técnicas de modificación de conducta más utilizadas para debilitar conductas inadecuadas y fortalecer las deseadas son las técnicas de reforzamiento. Cuando una respuesta es seguida de una consecuencia positiva agradable, las posibilidades de que se repita en el futuro aumentan, es decir, la respuesta se fortalece (reforzamiento positivo). Cuando una respuesta es seguida de una consecuencia negativa o desagradable, la posibilidad de que se repita en lo futuro disminuye, o sea la respuesta se debilita (castigo). Cuando la emisión de una respuesta produce el fin o interrupción de una situación aversiva o desagradable la respuesta se fortalece (reforzamiento negativo) y, por último, cuando una respuesta deja de producir consecuencias positivas en el ambiente tiende a disminuir eventualmente a desaparecer (extinción).

Ahora bien, una de las formas más efectivas para lograr simultáneamente el debilitamiento de respuestas inadecuadas es el reforzamiento de respuestas incompatibles acompañado de la extinción. En este procedimiento se refuerzan aquellas respuestas que, debido a sus características, no pueden coincidir con las que se trata de eliminar. Simultáneamente se ignoran las conductas inadecuadas cuando estas se presentan.

Es importante tener en cuenta que uno de los problemas fundamentales del niño hiperactivo no solo reside en que tiene una actividad motora excesiva y anormal, sino que esta actividad interfiere en su proceso normal de desarrollo produciendo deficiencias importantes en el aprendizaje.

Ya que la hiperactividad suele manifestarse a temprana edad y se hace más notoria durante el inicio de las actividades escolares, el estudio de los problemas educativos que plantea son de gran importancia (serán tratados en el marco pedagógico).

Existen muchas similitudes entre las clasificaciones de respuestas de hiperactividad; lo cual permite una comparación de los resultados obtenidos por los autores, pero el rasgo más importante que caracteriza a todas ellas es el hecho de que las respuestas, al estar perfectamente definidas desde el punto de vista operacional, son observables y medibles, lo que permite el uso de una metodología que cumpla con todos los criterios necesarios del análisis conductual aplicado, el cual representa una alternativa para el manejo y control de la hiperactividad. Este enfoque implica tres supuestos metodológicos básicos:

1.- La conducta puede ser sometida a un análisis experimental que permita una descripción funcional de sus componentes.

2.- Al ser posible tal descripción e identificación de la dependencia funcional de las variables, entonces puede suponerse que la conducta también puede ser controlada.

3.- Si se tienen los medios para describir y controlar la conducta, por lo tanto, será posible predecirla en base a probabilidades con cierto margen de error.

Desde el punto de vista conductual, la hiperactividad es un tipo de conducta que interfiere seriamente en la socialización del niño, ya que debido a la problemática motora y en ciertos casos a su manifestación de agresividad hacia los demás el entorno social tiende a rechazarlos o aislarlos de las actividades grupales.

B.2.2 PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO PSICOANALISTA

De acuerdo con la teoría psicoanalítica (Freud 1923) , el desarrollo psicosexual humano sigue una secuencia biológicamente predeterminada. La zona de concentración de la energía de la libido y su adecuada forma de expresión, cambian con las sucesiva etapas. Cada etapa está caracterizada por ciertos rasgos particulares. Las etapas son :

Etapa oral.- desde el nacimiento hasta los 18 meses, la energía se concentra en la región bucal. Este es el período de dependencia, recepción e incorporación oral. Más tarde prevalece el morder, o conducta agresiva. Algunas manifestaciones residuales de la fase oral en los adultos son: el fumar, beber y el besar.

Etapa anal.- desde los 18 meses a los 3 años, las zonas erógenas se localizan en el ano, el recto y la vejiga. La expulsión y retención son las principales fuentes de placer. Durante este periodo el niño a quien no se ha enseñado a controlar sus esfínteres puede entrar en conflicto con sus padres. Los rasgos de carácter anal incluyen el orden, la puntualidad, la terquedad, la irresponsabilidad, la generosidad exagerada y el sometimiento.

Etapa fálica.- Entre los tres y los seis años, los órganos sexuales pasan a ser zonas erógenas. Las sensaciones placenteras que se obtienen al tocarlos y sentirlos pueden conducir a la masturbación. El objeto de la libido cambia de dirección, desde el yo corporal hacia el progenitor del sexo opuesto. A los deseos del niño por la madre y los

sentimientos de rivalidad hostil hacia el padre se aplica como complejo de Edipo. El deseo de la niña por el padre y los sentimientos de rivalidad hostil hacia su madre se denomina el complejo de Electra.

Etapa de Latencia.- de los 6 a los 12 años, el interés por el sexo es secundario respecto al interés por las actividades intelectuales y físicas. Este es también un período de agresividad incrementada, representado por peleas, en especial entre muchachos. El niño pasa buena parte de su tiempo fuera del hogar con amigos del mismo sexo. Los códigos de conducta se tornan más estructurados.

Etapa genital.- con el comienzo de la pubertad, más o menos a los 12 años, vuelve a surgir el interés por el sexo. Durante la pubertad, este interés se expresa fundamentalmente en un regreso a las primeras fases. La intensificación tanto de los impulsos agresivos como sexuales, durante la adolescencia, conduce a apasionamientos románticos, idealismo radical, rebelión contra autoridad y la búsqueda de la identidad. La madurez heterosexual, etapa final del desarrollo psicosexual, no se logra, por lo general, hasta el principio de la adultez.

Los individuos saludables, pasan fácilmente de una etapa a otra. Como adultos, tienen intereses y apegos heterosexuales estables. La fijación en una etapa puede deberse tanto a una gratificación inadecuada como excesiva. Se supone que las dificultades de adaptación en la vida adulta hacen retroceder al individuo a su punto de fijación. Cuanto más temprana es la fijación y el subsiguiente nivel de regresión, más severo es el desorden.

Las historias de los niños hiperactivos indican que muchos de ellos se muestran difíciles desde el nacimiento, sus padres a menudo experimentan un sentimiento de derrota ante la intensidad de la conducta opositora del niño y su propia incapacidad para manejarla.

Para las madres, éste es un momento muy difícil de su vida, ya que desde poco después de nacer, sus bebés se mostraron inquietos como para que pudieran ser alimentados o cuidados con tranquilidad, se presentan por eso problemas crónicos con la alimentación, cólicos y graves problemas para conciliar el sueño. Halverson y Waldrop (1970). Bell y Ainsworth (1972), demuestran que durante la segunda mitad del primer año de vida, las madres tienen mayor resistencia a responder de inmediato al llanto infantil, dado que la demora de la respuesta materna se asocia con la intensificación del llanto infantil, en el caso de algunas madres, esto puede desencadenar un círculo vicioso: la renuencia materna lleva a la intensificación del llanto infantil, que a su vez acentúa la renuencia de la madre.

Es así, que el negativismo constituye un rasgo significativo de las primeras conductas manifestadas por los niños hiperactivos, el negativismo de un niño suele despertar hostilidad en quien lo tiene a su cargo, al parecer el niño hiperactivo tiene una fijación en la etapa anal siendo características propias de esta las modalidades antitéticas actividad-pasividad, asociando así actividad con pulsión, el niño hiperactivo presentará cada vez con mayor frecuencia conductas impulsivas, así mismo manifestándose como 2 modalidades asociadas, la actividad al sadismo, la hiperactividad se manifiesta como una conducta agresiva.

Otro factor significativo en el desarrollo de sus problemas es un factor temperamental o congénito que ha modificado poderosamente las expectativas de los padres y el modo en que han criado al niño.

Por regla general, un niño con problemas de aprendizaje es considerado como un niño diferente, ya que se convierte en un "enigma" para los maestros, y una caja de sorpresas para sus compañeros e incluso para sus propios padres. Esta serie de fracasos va afectando directamente al niño hasta el grado de no saber ni él mismo lo que es capaz de hacer en determinado momento.

Es así, que desde el punto de vista psicoanalítico, se empieza por crear una terminología técnica, y una sintomatología identificable para hablar de estos especiales en terreno científico. Esta terminología está hecha con el fin de que tanto padres como maestros puedan entender e identificar a estos niños, para este fin se utilizan definiciones descriptivas para poder reconocer estas conductas, utilizando un lenguaje cotidiano.

Para el psicoanálisis, el problema no radica en identificar a estos niños, sino en la información que se pueda abstraer de la entrevista con los padres y los consejos que se les darán dentro del tratamiento, ya que es de vital importancia para el manejo del niño aprender a escuchar y comunicarse adecuadamente con los padres, para que cuando comprendan el problema dejen de asustarse de los términos médicos y así se preparen para atacarlo, ya que ahora comprenden la conducta del niño y dejan a un lado sus frustraciones, actuando con inteligencia y dejando de culpar a la escuela por sus continuos fracasos y se vuelven activos en la enseñanza de sus hijos.

Pero: ¿qué se hace cuando se topa con un niño diferente?

Lo que sucede es que "no encaja en el sistema social", y cada vez se presentan más niños así, lo que pasa es una serie de incógnitas tales como:

1.-La escuela.- para ella el problema radica en las dificultades familiares, pero a su vez:

2.-La familia.-culpa a la escuela pus los problemas surgen a partir de que ingresa a esta.

Así:

LA MAESTRA DICE:"No recibe suficiente afecto en el hogar" o "afecto excesivo"

LOS PADRES DICEN:"La maestra es muy estricta" o "la maestra es muy blanda"

Y estos problemas se van acrecentando conforme el niño crece, etiquetándolo continuamente por varios especialistas y denominándolos como:

desorden hiperquinético
 maduración retardada
 desequilibrio neurológico
 incapacidad de aprendizaje
 deficiencias de la percepción
 hiperactividad infantil.

Creando tanto en los padres como en el mismo niño una gran confusión n cuanto a su problema, ya que el error es que lo "fragmentan" y es visto como algo abstracto buscando sólo a quien culpar sin resolver realmente el problema, así has tres versiones importantes del problema:

1.-Punto de vista de los padres.- esto es muy importante pues son ellos quienes lo observan y conviven con él la mayor parte del tiempo, son ellos los que se sienten culpables desesperados y llenos de angustia al ver que su hijo crece y nada han logrado, empezando, a veces, a justificar su conducta ante la gente a veces rechazándola pro preocupándose por su futuro adulto.

2.-Punto de vista del maestro.- es una gran responsabilidad volviéndose, en algunas ocasiones, un reto para ellos ya que al tener un niño así, origina disturbios en la conducta de los demás compañeros de clase, desesperándolo a tal grado que en lugar de averiguar qué pasa con él, se la pasa enviándole notas de mala conducta a los padres, sentando al niño hasta el rincón o expulsándolo de la clase, después de haber agotado la imaginación y creatividad, al igual que la paciencia del docente para incorporar al niño a la clase.

3.-Punto de vista del propio niño.- al conocer este punto, se encuentra en el niño una autoestima degradada, él se considera torpe e inservible y a veces manifiesta el deseo de no haber nacido, ya que siempre ocasiona problemas aunque a veces también manifiesta asombro por no poder explicar el porqué hace las cosas, así crea en él un gran sentimiento de

culpa, a que sabe que puede hacer bien las cosas aunque no logre concretarlas.

Si correlacionamos estos tres puntos de vista, se puede observar que generalmente el niño percibe el mundo de manera distinta que sus padres y maestros, aunque no cuenta con el lenguaje adecuado para expresarlo; toda su vida se vuelve un intento por hacer que su esfuerzo armonice con lo que la gente y la sociedad espera de él, convirtiendo su vida en una serie de "carreras" mal corridas, ocasionando que nunca termine nada.

Ante este problema, la mejor ayuda es lograr que tanto padres como maestros vean el problema desde otra expectativa, es decir, crear una nueva forma de relacionarse con el niño para dejar de culparse o culpar al niño, así, lo que se pretende es que logren apreciarse para que puedan ayudar al niño a apreciarse a sí mismo, pues la realidad es que no se observa la conducta del niño para preguntarse qué le parece a él, sino que es observado y evaluado con base en la propia visión del mundo que es muy diferente a la del niño.

Es por eso que el psicoanálisis brinda una nueva base para observarlo, reconstruyendo el punto de vista infantil, a partir de las observaciones hechas por ellos mismos (padres y maestros); para este fin se les pide que expliquen las situaciones y detalles que los llevaron a la conclusión de que el niño es irresponsable, egoísta descuidado, impredecible, etc. Se daran con un porqué que tenga sentido para así ayudar al niño a modificar su conducta de acuerdo al lugar en el que se encuentre.

Para esto, es necesario tener en cuenta una serie de conductas que estos niños presentan como:

- No tienen concepto del tiempo, lo que pasó ya no existe, ahora es ahora.
- El sólo responde a mensajes directos
- Responde a sus necesidades momentáneas
- Tiene un lenguaje directo
- No tiene motivos ulteriores
- Espera hasta el último momento para pedir lo que necesita
- Es impredecible
- Tiene problemas para comenzar una tarea y terminarla.

Así, los padres se quejan constantemente de:

" Nunca apaga las luces, o siempre prende todas, si lo castigo, tengo que decirle todas las noches que lo haga, si se me olvida decirle un día, no se responsabiliza por nada. Nunca termina nada, sus necesidades son las del momento, un día me pide tomar clases de cerámica, al otro que nos metiéramos al boliche, quiere tener un arco, una flecha y construir una casita como la de Juanito. Todo el tiempo desea algo y me cuesta trabajo decirle que no, el propone algo y da justo en lo que también me interesa a mí, me llena de entusiasmo, compro materiales construyo cosas y hago todo el trabajo, poniendo todo de mi parte y pensando en él, por que después ya no l interesa y está haciendo otra cosa"....(Yo Primero)

Por otra parte la madre piensa:

"Me sentí aliviada al saber que quizás sus dificultades nacieran de otra cosa y no de que yo sea una madre terrible, pues debido a su comportamiento suelo irritarse mucho con él y siento que yo he provocado que sea como es, por eso me siento culpable y luego trato de compensarlo aunque no aprecie mis esfuerzos. Por eso me pregunto qué he hecho para convertirlo en lo que es, soy una madre terrible, pues sus maestros y diversas personas me lo hacen sentir por eso a veces trato de esforzarme más, de comprenderlo, escucharlo pero todo es inútil pues cada día es peor, por eso exploto y me vuelvo a sentir culpable.

Así ambos padres están de acuerdo que el comportamiento de hace unos minutos no parecen contar, que su reacción ante la frustración es absolutamente incierta, que le cuesta trabajo recordar, y que no parece interesarle nada. Están conscientes de que su hijo es diferente, pero ¿qué tan diferente?, pues lo que hacen sus padres, es centrar todos los planes de la familia en él ya que para ellos, su hijo necesita de toda su atención; ocasionando principalmente en la madre que se sienta culpable de la actitud del niño, creando en algunas ocasiones resentimientos familiares y s entonces cuando lo empiezan a etiquetar como "bueno" o "malo".

Por medio del psicoanálisis, se ayuda a que los padres escuchen con la "mente abierta", para que aplacen la calificación de la información en causas y efectos, ya que muy a menudo, la ansiedad, preocupación y frustración que exhiben

los padres son a veces causas y efectos, es por eso necesario ayudar a padres a liberarse de sus propias culpas obsesivas relacionadas con sus comprensión y su buena voluntad.

Tratamiento:

Explorar con los padres, significa averiguar aquello que es importante y posible para ellos en términos de situación para que equilibren sus recursos con las necesidades del niño. Las recomendaciones deben ser realistas, pues una vez que los padres empiezan a ver con sus ojos, hacen muchas veces sugerencias y plantean posibilidades sin que se les tenga que decir una palabra, actúan basándose en su propia comprensión, experimentan algo más que seguir mecánicamente un consejo, por que entienden el punto de vista del niño, ellos se comprometen con más energía porque experimentan estar contribuyendo al éxito del niño en vez de sentirse culpables. Escuchan, y se dan cuenta de que el niño quiere ser visto positivamente, que su motivación no necesariamente equivale a querer escaparse de un deber, sino a una forma de evitar el ridículo, pues si bien hay cosas que se ignoran, hay cosas que sí se conocen: Estos niños tienen dificultad en el tiempo y espacio para transformar su conducta dentro de una nueva o más compleja situación.

Otro aspecto importante, es la reacción de los padres ante las quejas de los maestros, ya que como en este trastorno las quejas son muy comunes y a esto se le agrega un bajo rendimiento escolar, provocan en los padres diversas reacciones que dependerán en gran medida de las experiencias que ellos mismos tuvieron como escolares, y de la actitud, que a su vez tuvieron sus padres hacia con ellos. Frustración, desencanto, sentimientos de culpa, ansiedad, y toda una gama de afectos y conflictos los llevará a tomar actitudes generalmente poco objetivas y de efectos negativos, ya que inculparán a la escuela, sus métodos, a exceso de consentimiento por parte del maestro, en fin cualquier pretexto antes de asumir la responsabilidad y de afrontar junto con el niño el problema.

B.3) PUNTO DE VISTA PEDAGOGICO

Hace aproximadamente 15 años que en el área de la Educación Especial, ha surgido una gran preocupación por los problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar. Los educadores ya experimentados así como los maestros en formación, actualmente están confundidos en lo que respecta a los límites de la nueva clasificación de los **PROBLEMAS PARA EL APRENDIZAJE** y su afinidad con otros campos ya consagrados de la educación especial que disponen de programas propios tales como los niños con retraso mental, con perturbaciones en el habla y la lectura, con alteraciones emocionales o con impedimentos ortopédicos. En este capítulo se proporciona un conocimiento básico de las dificultades para el aprendizaje, aunque sin buscar una panorámica exhaustiva, ya que tanto los profesionales como los padres de familia no tienen idea clara sobre quienes son los niños que padecen dificultades en el aprendizaje o un desempeño deficiente de las tareas escolares, para observar dicho desempeño deficiente, se puede hacer uso de tests estandarizados de aprovechamiento, o bien, de procedimientos de diagnóstico elaborados por los maestros.

A pesar de todo, las malas calificaciones y el hecho de que un niño salga mal en los exámenes no son criterio suficiente para indicar que existan dificultades específicas para el aprendizaje. Para satisfacer la definición de problema en el aprendizaje, el nivel de rendimiento observado en un niño ha de ser inesperadamente bajo, si se compara con su capacidad mental, con las características de rendimiento de sus compañeros y con el desempeño en otras áreas cognitivas, lingüísticas o escolares en general.

Vinculadas con las dificultades específicas en el aprendizaje, se suelen citar las perturbaciones de actividad motora o hiperactividad, esto es, la movilidad excesiva, como la forma más común del trastorno motor y se menciona con frecuencia en los informes de evaluación psicoeducativa de niños que tienen dificultad en el aprendizaje. En general, los niños hiperactivos se describen como inquietos con una actividad motora y una conducta inesperada (Cruickshank & Rauss, 1986). Este término se aplica en general al niño que está en constante y acelerado movimiento. Esto no implica que este tipo de conducta sea necesariamente negativa, sino que es excesiva.

Esta conducta se correlaciona muchas veces con muestras claras de fracaso académico, mal comportamiento y falta de adaptación.

La hiperactividad conlleva a un bajo rendimiento escolar, tal como lo demuestran las quejas de los maestros acerca de la conducta de niños con dificultad en el aprendizaje: "siempre se está moviendo", "es incapaz de estar

quieto durante un breve periodo de tiempo", "suele ser charlatán en clase y casi siempre está distraído".

Para entender los problemas de aprendizaje se requiere de una comprensión total del mismo y de los procesos que en él intervienen. Sin tal concepto, la evaluación del niño y el desarrollo de un plan didáctico se convierten en una mezcla de sondeos inconexos que sólo se quedan en la periferia del problema.

(Gearheart, 1970)«2» demostró que la atención constituye una capacidad fundamental que sostiene o precede toda eficacia del aprendizaje y, por lo tanto, es una de las principales variables que permiten la diferenciación entre los que obtienen logros más o menos elevados y los que fracasan. Se encontró una relación positiva entre la atención y el aprendizaje escolar con niños de nivel preescolar y niños de sexto grado. Alabiso (1970)«3», define la atención como un proceso conductual múltiple que incluye la cantidad de tiempo que el sujeto puede conceder a una tarea dada (concentración), su capacidad de proceder correctamente (foco) y su capacidad de discriminar entre estímulos (selectividad). El niño hiperactivo falla en todos estos aspectos. La conducta atenta evidentemente constituye una alternativa fundamental y deseable de la hiperactividad.

Werry (1968)«4», conceptualizó el problema de la hiperactividad de la siguiente manera: "cada uno de los días del niño consiste en un número infinito de sucesivas ocasiones de aprendizaje en las que la hiperactividad se fortalece o se debilita".

Patterson y otros (1969)«5», describen "que el prestar atención en clase exige mantenerse relativamente quieto y es incompatible con conductas tales como arrastrar sillas, mirar por la ventana, manipular objetos, agitar los pies, etc. Todas ellas fácilmente registrables". Sin embargo, no es fácil observar algo tan vago como "prestar atención" de manera directa y objetiva. Sostienen que, "con el objeto de concentrarse en la conducta observable, es necesario formular una doble negación para trazar un programa de tratamiento: el refuerzo debe depender de la "no emisión de una conducta no atenta".

Otras investigaciones en el interior del aula utilizaron el refuerzo diferencial para fortalecer respuestas "atentas" como: la lectura de un libro, la consideración de un problema aritmético o escuchar lo que dice el maestro. Dada la intensidad relativamente elevada de las conductas hiperactivas, es necesario disponer de potentes estímulos de refuerzo que dependen de la manifestación de estas respuestas deseables; además, el periodo de latencia entre su manifestación y la aparición del estímulo reforzador debe ser

muy breve y de no fácil obtención en el salón de clase donde trabajan varios alumnos.

Se podría decir que, los problemas que plantea el niño hiperactivo en el salón de clase tienen dos aspectos: uno de ellos lo constituye el bajo rendimiento escolar; el otro un comportamiento inadecuado y en ocasiones agresivo que interfiere en las actividades de grupo. Forness y Keogh (1971)«6», proponen tres hipótesis para explicar los problemas de aprendizaje de los niños hiperactivos.

Según la primera, algún tipo de trastorno neurológico debe ser el responsable común, tanto de las deficiencias cognoscitivas como de las características de la conducta; la segunda, postula que las dificultades de la atención interfieren con la adquisición de la información. La tercera es, que la impulsividad característica de estos niños los lleva a tomar decisiones demasiado rápidas aumentando así sus posibles errores. Forness también señala los problemas de atención e impulsividad como responsables de las dificultades de aprendizaje del niño hiperactivo pero añade el factor de motivación.

Por su parte Vergason (1968)«7» ha señalado que la memoria está muy relacionada con fenómenos como (1) la atención, (2) la mediación (el reconocimiento de semejanzas y diferencias en el nuevo material o lo que ya sabe), (3) la importancia que tenga el nuevo material para el niño, (4) el sobreaprendizaje (la práctica en la que se cometen errores, la cual facilita la retención y la interferencia que es la mejor explicación del olvido).

Sin embargo, se observa que las características de los procesos de aprendizaje se mezclan de manera inesperada en el comportamiento de los niños. Se pueden trazar todo un número de secuencias donde se demuestra la influencia de una característica en otra, por ejemplo:

a) hiperactividad ----> falta de atención --->
falta de memoria ----> fracaso escolar ----> mayor
hiperactividad.

b) falta de atención ---> distractibilidad -->
falta de discriminación ----> decodificación deficiente
----> falta de generalización ----> fracaso escolar ---->
carga emotiva ----> falta de decodificación.

El comportamiento impulsivo y atolondrado del niño hiperactivo es un factor bien conocido de falta de aprovechamiento en el salón de clase. Las manifestaciones de impulsividad pueden clasificarse bajo cuatro encabezados: comportamiento motor, solución de problemas, interacciones sociales y estilo emocional. Los niños hiperactivos a menudo tienen un comportamiento motor excesivo, cometen errores al

resolver problemas (como lo indican sus problemas de atención) y a menudo son desviados en sus interacciones sociales y estilo emocional.

La anormalidad motora es más prominente en la niñez temprana y menos notoria a medida que el niño crece; el problema de atención es menos importante en un principio, y muy importante durante los años escolares y menos importante después, en cambio los problemas sociales y emocionales aumentan en importancia a medida que el niño se hace mayor.

Los niños hiperactivos presentan una limitación característica en su estilo de resolver problemas. La dificultad no radica en poder enfocar la atención, sino más bien en la capacidad de mantener dicho enfoque, lo cual afecta su trabajo escolar y otros logros intelectuales de acuerdo con su nivel general de inteligencia. Estos niños están constantemente dejando sus tareas incompletas a menos que estas le tomen poco tiempo o que el niño sea muy inteligente. En el último caso, aún una concentración breve sobre una tarea puede ser suficiente y, por lo tanto, un niño hiperactivo muy brillante puede no tener problemas de aprendizaje, es decir, el aprovechamiento del niño es bueno porque mucho de lo que se enseña en el salón de clase es repetitivo y los niños "listos" pueden captar lo importante durante breves momentos de concentración. No obstante, el niño hiperactivo ordinario deja de concentrarse antes de haber entendido o repasado en forma adecuada la materia, y la siguiente vez que se toca el tema la misma cosa vuelve a suceder. Es así como en forma acumulativa el niño hiperactivo de inteligencia media va quedando atrás en sus estudios, porque su dificultad para sostener la atención prolonga en exceso el tiempo que necesita para aprender. Tales niños suelen quedar atrás no sólo en una o dos materias sino en todo lo que requiere concentración enfocada durante un periodo apreciable de tiempo; sólo parece captar aquellas cosas que no requieren gran atención; como aprender a hablar.

Ross (1976) «8», observó que no resulta claro, si las conductas que estos niños manifiestan son primarias o secundarias en relación con otros problemas. Los maestros por su parte, comprueban que el niño hiperactivo no sólo no alcanza a aprender con eficiencia, sino que, además, impide la concentración de sus compañeros.

Estos niños muestran lo mejor de sí mismos en situaciones en las que se encuentran solos con una persona, ya que no tienen que competir para obtener la atención de los demás. Ahora, desde el punto de vista de los padres, el niño parece fuera de control. Afirman que rara vez disfrutan de su hijo. Padres e hijos se involucran en interminables sesiones de reprimendas y llorosas disputas que terminan en palizas, para que, después de un breve respiro vuelven a plantearse el mismo problema o uno nuevo.

B.4) PUNTO DE VISTA DEL DESARROLLO

Pocos espectáculos son tan maravillosos como el despertar de la mente humana. El bebé, casi inconsciente de los seres que le rodean, pasa lentamente a percatarse de sí mismo y de los demás. De una situación de desamparo e incapacidad para manifestar adecuadamente que le sucede o que necesita, llega a valerse por sí mismo a los pocos años, dentro de ciertos límites.

Jean Piaget (1896-1980), educador y psicólogo suizo, realizó desde 1925 hasta 1970 una serie de investigaciones sobre el desarrollo de la inteligencia del niño. Las siguientes líneas exponen los puntos básicos de su teoría.

Para Piaget, la inteligencia es una característica peculiar del ser humano, a la que reconoce dos atributos fundamentales y universales: ORGANIZACION (estructura) y ADAPTACION. La primera consiste en conductas concretas y observables de tipo sensomotor constantemente repetidas: el niño mama, se lleva el dedo a la boca, etc. Tales conductas se llaman también esquemas. En los niños de edad escolar aparecen otras estructuras más refinadas y de tipo cognoscitivo (conceptual), llamadas operaciones. Tales estructuras o sucesiones de conductas no son idénticas en ninguno de los dos casos, pero poseen propiedades comunes que permiten identificarlas como instancias de una determinada organización. De hecho, los esquemas cognoscitivos (conceptuales) se derivan de los sensores por el proceso de "internalización", es decir, por la capacidad del niño de realizar mentalmente lo que antes hacía con las manos.

La inteligencia siempre funciona de manera estructurada, pero las formas de funcionar experimentan cambios de acuerdo con el desarrollo de los niños. Dichos cambios ocurren siempre en el mismo orden, cuando aquellos comienzan a dar muestras de emplear nuevas estructuras intelectuales con propiedades distintas de las anteriores. La presencia de uno de esos cambios cualitativos señala el principio de una etapa de desarrollo intelectual.

Alrededor de la etapa escolar se verifican cambios importantes en la organización de la inteligencia de los niños; usan operaciones en su razonamiento; estructuras intelectuales simbólicas que se refieren a las relaciones entre objetos, sucesos o ideas. Un objeto puede ser equivalente a otro: pueden incluir otros semejantes, como los perros y los gatos se incluyen en la clase animal, símbolos matemáticos o fórmulas de lógica representan diferentes clases de operaciones.

El segundo atributo de la inteligencia es la adaptación, que efectúa cambios al aparecer diferentes circunstancias en las estructuras intelectuales. La adaptación consta de dos procesos simultáneos: ASIMILACION Y ACOMODACION

La asimilación, simplemente incorpora el acontecimiento o la información dentro de la estructura intelectual sin que esta sufra ninguna alteración. Por ejemplo, en el juego del niño predomina la asimilación, es decir, si los niños necesitan un castillo o palacio, echan mano de cajones vacíos, mesas, trozos de madera, etc.

La acomodación otorga una nueva configuración a las estructuras intelectuales del niño, la cual le permite manejar nueva información o nuevos sucesos. Ocurre cuando el niño imita a un adulto o a otro niño y le exige a este que modifique su propia conducta para asemejarla lo más posible al modelo, sin asimilar nuevos conocimientos.

La inteligencia se desarrolla por adaptación en sus dos formas de acomodación y asimilación, siempre que los niños se encuentren en formación o en circunstancias nuevas para cuyo dominio sus actuales estructuras intelectuales no están aún preparadas, es así como los niños usan sus estructuras intelectuales, las aplican espontánea y frecuentemente al ambiente que los rodea y en el proceso de adaptación encuentran nueva información. ¿Cómo se activa la inteligencia? por su propio dinamismo intelectual, no por la acción de una persona sobre el niño; es decir, la inteligencia funciona por sí misma.

Este dinamismo se completa con el concepto de equilibrio. Sucede frecuentemente que las estructuras intelectuales no sirven para manejar las circunstancias externas del modo de vida. En tal caso, al encontrar contradicción o discrepancia en la presente información, las estructuras intelectuales del niño experimentan desequilibrio. Sin embargo, comienzan a adaptarse y avanzan hacia un estado más alto y complejo donde la contradicción y discrepancia desaparecen. Por consiguiente, la inteligencia de los niños, a medida que se desarrolla, pasa por sucesivos estadios de equilibrio, cada uno de los cuales desemboca en otro más complejo y estable que el anterior. Por tanto, para aprender, el niño necesita en cada momento de un estímulo de novedad moderada, ni tan conocido que suprima la novedad, ni tan desconocido que carezca de algo reconocible.

Durante cada uno de los períodos, la nueva estructura se aplica gradualmente a un creciente número de actividades intelectuales que la consolidan. Los niños avanzan siempre por las etapas con el mismo orden. Sin embargo no todos las recorren al mismo tiempo, ya que se advierten diferencias intelectuales en la edad en la que los

CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EN EL TDAH

PERIODO	CARACTERÍSTICAS
I SENSOMOTOR (0 - 2 años)	<ul style="list-style-type: none"> * Hipermotilidad exagerada que en ocasiones provoca la apariencia de un desarrollo psicomotor prematuro. * Habilidad motora palpablemente comprometido.
II PREOPERACIONAL (2 - 4 AÑOS)	<ul style="list-style-type: none"> * Desobediencia patológica, incapacidad para aprender a través del esquema recompensa/castigo. * Dificultades en la pronunciación y en la capacidad expresiva global. * Espasmo del sollozo. * Marcado egotismo.
III PREOPERACIONAL (4 - 6 años)	<ul style="list-style-type: none"> * Se manifiesta la sintomatología completa en diferentes gradaciones. * Los síntomas más relevantes son la inatención y los problemas conductuales.
IV OPERACIONES CONCRETAS (6 - 12 AÑOS)	<ul style="list-style-type: none"> * Aparecen los problemas de aprendizaje en toda su magnitud. * La impulsividad impide el uso de referentes concretos como un adecuado modelo de manipulación. * No aparecen reversibilidad ni asociatividad. * Persevera la incapacidad para distinguir diferencias intraobjetos e impide la adquisición de los conceptos de inclusión de clase y conservación.
V OPERACIONES LOGICAS (12 - 15 años)	<ul style="list-style-type: none"> * La hiperactividad toma forma residual. * dificultad para todas las tareas que requieren organización y concentración. * Labilidad emocional. * Incapacidad de abstracción.

PERIODOS DE EVOLUCION DE INTELIGENCIA SEGUN PIAGET.

PERIODO	CARACTERISTICAS
<p>I Sensomotor (0 - 2 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * El niño se percibe diferente de los objetos que le rodean. * Estimulación por la luz y los sonidos que percibe del medio ambiente. * Prolongación de experiencias interesantes o satisfactorias. * La manipulación de objetos es esencial para su definición y consideración como constantes. Si el objeto desaparece, pierde importancia pues ya no se percibe.
<p>II Preoperacional (2 - 4 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Niño centrado en sí mismo, egocéntrico. * Clasificación de los objetos con referencia a una sola característica, pero incapacidad para reconocer diferencias en otros aspectos. * Ordenamiento primario en series.
<p>Fase Intuitiva Preoperacional (4 - 7 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Conclusiones basadas en impresiones vagas. * Yuxtaposición de los elementos visibles (aspectos concretos). * Hacia los siete años, el niño comienza la transformación simbólica de los contenidos mentales * Adquiere el concepto de inclusión de clase y conservación masa-volumen..
<p>III Operaciones Concretas (7 - 11 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Efectúa operaciones lógicas con referentes concretos. * La manipulación EXIGE la transformación simbólica. * Aparece la asociatividad y la reversibilidad.
<p>IV Operaciones Formales (11 - 15 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Pensamiento lógico y abstracto, sin necesidad de referentes concretos. * Desarrollo de hipótesis. * Plena capacidad de abstracción espacio-temporal.

diversos niños entran a las distintas etapas. El siguiente cuadro, resume a grandes rasgos las características de cada uno de los periodos del desarrollo según Piaget.

EL DESARROLLO Y SU RELACION CON EL TDAH

El TDAH es, sin duda uno de los trastornos más cambiantes ya que sus manifestaciones varían de acuerdo con los diferentes cambios físicos, psíquicos y ambientales que sufre el individuo, a medida que hay cambios, resaltarán algunos rasgos y se ocultarán otros.

Es por eso de vital importancia el tener un marco de referencia en lo que se refiere al desarrollo del niño, para así tener alguna medida "comparativa" que nos ayude a diferenciar a un niño con desarrollo "normal" y un niño con hiperactividad. Arnold (1972), Huessy (1974) y Uriarte (1989) coinciden en que "las manifestaciones del síndrome hiperquinético aparecen desde el tercer trimestre del embarazo y pueden durar hasta la vejez, o sea es posible observarlo toda la vida, no obstante, en la gran mayoría de los casos se requiere de ayuda profesional sólo en un periodo breve, fundamentalmente en la niñez..." «9»

Durante los tres primeros años, difícilmente se pueden notar las conductas irregulares. De los 4 a los 11 años, las alteraciones en el comportamiento son más notorias y en la adolescencia la hipermotilidad disminuye, y en la vejez hay conductas antisociales (alcoholismo, rasgos neuróticos, etc.)

En el desarrollo del niño hiperactivo, a diferencia del normal, se encontró que durante el primer año de vida la inquietud es constante. Ross & Ross (1979) manifiestan que muchos hiperactivos demuestran esta hipermotilidad desde el momento en que nacen. En 1972, Nichamin realizó un hipnograma y encontró que el sueño de los hiperactivos es más superficial e inquieto, por lo que el sujeto puede despertar con mayor facilidad y amanecer en posiciones extravagantes.

Ross & Ross (1979), también señalan que los niños hiperactivos rara vez sonríen, y que el 75% de ellos manifiestan labilidad emocional.

Con el inicio del gateo, el niño puede desplazarse a los lugares más recónditos y que antes no podía, llegando a preguntarse la madre cómo lo logró. Aunque es cierto que muestran mayor fuerza muscular y se cansan menos, la torpeza motora puede llegar a ser extrema y sufrir varios accidentes.

Nichamin (1974)«10» explica lo anterior, diciendo que "la conducta se despliega en forma de acceso y no como la mayoría de los niños, como un flujo rítmico". Todas estas características del desarrollo, aunadas a su historia clínica son datos importantes que nos dan la pauta para hacer una diferenciación entre un niño hiperactivo y uno que no lo es. El siguiente cuadro resume las características de desarrollo del TDAH.

B.5 MEDICO

B.5.1) PUNTO DE VISTA BIOQUIMICO

La bioquímica es la ciencia que se ocupa del estudio de las moléculas químicas y de los procesos que ocurren en las células y microorganismos vivientes. La bioquímica sirve para conocer las enfermedades y su tratamiento eficaz.

Las enfermedades afectan una o más reacciones químicas o moléculas esenciales en el organismo, y el objetivo principal de la bioquímica es la comprensión íntegra a nivel molecular, de todos los procesos químicos relacionados con las células vivas.

Una de las características esenciales de los seres vivos es su capacidad de ajustarse a las condiciones que les presenta el medio; a esta característica se le llama PLASTICIDAD e implica pensar en el individuo, como un todo, ante la presencia de un estímulo externo, el cual le provoca una respuesta global específica que involucra a millones de células y que debe ser coordinada y armoniosa a través de un amplio sistema de comunicación celular.

Dicha comunicación se coordina principalmente por medio de dos sistemas: El nervioso y el hormonal o endócrino. Existen cinco formas principales en que opera la comunicación celular.

La corteza cerebral del hombre, se caracteriza por sus numerosos pliegues y surcos que hacen que aumente mucho la superficie total de la corteza y permite que dentro del cráneo se aloje el máximo volumen de materia gris; las facultades del cerebro humano son directamente atribuibles a la corteza cerebral, a ésta se le debe la capacidad de hablar y escribir entre otras cosas.

Pero el cerebro como el resto del cuerpo, se desarrolla a partir de una sola célula, el embrión desarrolla una capa llamada ectodermo que más adelante se convertirá en el Sistema Nervioso Central (SNC)

Cuando nacemos, tenemos un mayor número de neuronas o células nerviosas (más de cien mil millones), pero esta cantidad comienza a disminuir de inmediato, ya que mientras en otras partes del cuerpo se forman células que sustituyen a las que ya han muerto, las neuronas son irreemplazables. Las neuronas del recién nacido, no se intercomunican mucho, sino que la experiencia de vivir y aprender establece las vías de relación entre unas y otras.

En el cerebro hay 2 grandes tipos de neuronas: Las neuronas, que son células que constituyen el SN (sistema Nervioso) y envían, reciben y almacenan señales que a su vez forman datos. Las no neuronas o neuraglias (nervio=liga=ligazón de nervios), éstas células se dividen a su vez en astrocitos y oligodendrocitos, que interactúan constantemente con las neuronas e intervienen en los procesos electroquímicos que permiten la comunicación neural.

Todo lo que hacemos y sabemos depende de la transmisión de señales de una manera u otra, toda neurona cuenta con un axón y otros más pequeños llamados dendritas, el axón envía señales y las dendritas las recibe. Para que pasen estas señales necesitan estar muy cerca, y a este espacio se le llama sinápsis. Así entonces, el mensaje baja por el axón hasta su extremo donde se estimula la producción de moléculas llamadas neurotransmisores, que cruzan el espacio de sinápsis y llegan a una dendrita de otra neurona.

La falta o el exceso de producción de cualquiera de los tipos de neurotransmisores sinápticos (existen aprox.12), pueden influir en la aparición de graves trastornos cerebrales y del comportamiento

Wender (1971) se percató, por medio de observaciones clínicas, que los niños hiperquinéticos poseen una marcada disminución en la capacidad para experimentar placer y dolor. De esto dedujo que probablemente la estructura cerebral involucrada fuera el Haz Medial Telencefálico (HMT); dado que a los animales a los que se les había lesionado esta estructura, eran incapaces de aprender mediante castigos y recompensas. Por el HMT pasan las vías serotoninérgicas y las de Dopamina (DA) y Noradrenalina (NA); descartándose la participación de las primeras en la patología del síndrome, por medio de estudios de tratamiento farmacológico en humanos y animales.

Snyder (1973), en un estudio acerca de la participación de las catecolaminas (Adrenalina, Da y Na) concluyó que el neurotransmisor implicado en la hiperquinesia era la DOPAMINA.

Las investigaciones recientes aportan hallazgos tendientes a apoyar la teoría dopaminérgica (nos habla de que elevaciones o disminuciones en la secreción de sustancias neurotransmisoras, dan alteraciones a nivel conductual); principalmente las investigaciones farmacoterapéuticas, donde casi todos los estudios se han hecho con estimulantes, los neurolépticos (tranquilizantes) tienen una acción contraria a los estimulantes, en lo referente a la biosíntesis de la Dopamina cerebral. De la gran variedad de estimulantes que existen en el mercado farmacéutico, sólo las anfetaminas y el metilfenidato tienen un uso clínico más frecuente.

Connors (1972), reporta que las anfetaminas han sido prácticamente sustituidas por el metilfenidato que parece tener las mismas o mayores capacidades terapéuticas con efectos colaterales menores. Gross (1977) demostró que la administración de la levodopa (precursor de NA) mejora considerablemente el síndrome hiperquinético. Los trabajos de Shaywitz (1977), Rappoport (1979) y Klaiber (1967) apoyaron también a la teoría dopaminérgica.

Las estructuras cerebrales implicadas en el trastorno probablemente son aquellas donde existen importantes vías metabólicas de DA y NA. Además de la teoría dopaminérgica los modelos animales apoyan también el origen lesional del síndrome. Los animales experimentales de Shaywitz, lesionados con desimipramina, presentaron hiperactividad y trastornos en el aprendizaje recompensa/castigo que duraron hasta la pubertad.

Norton (1976), realizó un estudio conductual en ratas destacando la enorme variedad de causas que pueden desencadenar esta alteración; sobre todo lesiones cerebrales a través de Rx, CO y destrucción de globulus pallidus, produciéndoles un cuadro caracterizado por:

a) Incremento en la frecuencia de la conducta exploratoria, así como decremento del tiempo dedicado a cada exploración y

b) Disminución de la frecuencia y el tiempo de atención.

Se concluye que la bioquímica considera a la hiperactividad como una enfermedad que implica un origen lesional de las vías dopaminérgicas. Dicha lesión se manifiesta, bioquímicamente hablando, como una alteración en el proceso de biosíntesis de las catecolaminas, siendo la DOPAMINA el neurotransmisor implicado.

B.5.2 PUNTO DE VISTA FARMACOLOGICO

En un principio, los médicos utilizaron el camino "más lógico" para tratar el cuadro hiperquinético y suministraron tranquilizantes; se pensó que el camino más adecuado era el uso de medicamentos capaces de producir laxitud adecuada y sueño. La finalidad de los tranquilizantes es disminuir la excitación y ansiedad sin causar sueño excesivo o deficiencia mental. Los tranquilizantes más ampliamente utilizados fueron los barbitúricos.

Bradley (1973), postuló mediante estudios clínicos, que en algunos casos, sobre todo traumáticos el uso de anfetaminas corregía la hiperactividad infantil, también advirtió que los pacientes que recibieron tratamiento con anfetaminas para la cefalea por extracción del líquido cefalorraquídeo incrementaban su capacidad para mantener fija la atención abatiéndose la intranquilidad. Los pacientes del estudio antes mencionado sufrían diversos tipos de lesión cerebral, cuyas alteraciones clónicas más relevantes se expresaban como falta de atención e intranquilidad motora. Con el paso del tiempo y las aportaciones de otros médicos, se pudo conocer que los estimulantes mostraban buena capacidad terapéutica en pacientes sin daño cerebral pero con sintomatología similar.

El principio farmacológico general es que el grado de impulsividad de cualquier individuo es predecible y aún impresionantemente modificado por ciertos agentes farmacológicos. Las drogas estimulantes son poderosos agentes que ayudan a enfocar y mantener la atención independientemente de la amplitud acostumbrada.

Los efectos de las drogas, pueden reflejar aspectos de la base cerebral del comportamiento impulsivo pero los detalles de los mecanismos involucrados son todavía inciertos. Estas áreas cerebrales ejercen un mejor control sobre el comportamiento cuando se dan al paciente los fármacos estimulantes adicionales.

Los niveles de dosificación de los niños hiperactivos, actúan más que nada como agentes para mantener enfocada la atención y prolongar el tiempo de concentración. No se debe sospechar que los niños hiperactivos posean en su constitución alguna novedad neuroquímica que los lleve a responder a ciertas drogas de manera paradójica, más bien, se puede pensar en diferencias de cantidad más que de calidad. Por este camino, podría explicarse la naturaleza del efecto favorable de alguna dosis de estimulantes sobre los niños hiperactivos y el efecto adverso de dosis más altas.

El efecto terapéutico de los estimulantes en el TDAH, incluye un grupo de síntomas, de tal modo que en ocasiones desaparece todo rasgo de patología, mientras que en otros sólo en parte. Uriarte «11» lleva a cabo una separación sintomatológica, en base a tres posibles áreas de efectos terapéuticos:

a) CONDUCTA

1) Desaparece la sintomatología incluida en "conducta disruptiva"

2) Efecto de introversión que aumenta los periodos de concentración.

3) La desobediencia patológica se abate.

En 1991, Valenzuela y colaboradores «12», al hablar de la Disfunción Cerebral Mínima, específicamente el síndrome hiperquinético " debe sospecharse en todo escolar con problemas de aprendizaje, sin deficiencia mental, asociados o no a trastornos de conducta"

También remarca la importancia de un diagnóstico preciso y oportuno basado en tres puntos importantes:

- 1.-Evitar el fracaso escolar debido a problemas de aprendizaje y conducta
- 2.-Permitir el inicio temprano del manejo adecuado de tales problemas
- 3.-Impedir el desarrollo de problemas emocionales consecuentes a la hiperactividad y aunados al bajo rendimiento escolar.

Tanto para el diagnóstico como para el manejo del trastorno, es indispensable un equipo multidisciplinario neuropsicopedagógico.

En cuanto al tratamiento farmacológico, Valenzuela explica que la dextroanfetamina o el metilfenidato disminuyen notablemente la conducta hiperactiva en estudios con niños mexicanos. Para un tratamiento adecuado, éste debe corregir los tres aspectos básicos del problema:

- a) La conducta hiperquinética, b) Trastornos específicos del aprendizaje, c) repercusión emocional.

Para la primera se recurre a la terapia con fármacos y a la manipulación del hogar, donde se deberán tener muy en cuenta al elegir un medicamento que se busca DISMINUIR LA INTENSIDAD DE LA INQUIETUD, impulsividad y distractibilidad, sin interferir con su estado de alertamiento, los fármacos más eficaces para este fin son:

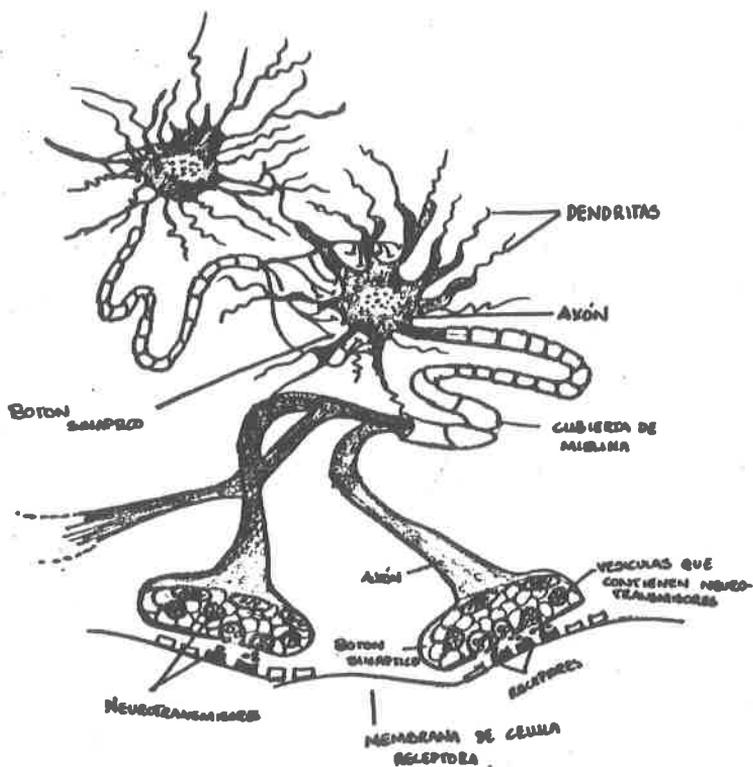
El clorhidrato de metilfenidato (Ritalín), es un estimulante del SNC cuya acción farmacológica se ejerce al mejorar la transmisión dopamiérgica. El Clorhidrato de difenhidramina (Benadryl) se usa como sedante de efectos depresores bajos y se prefiere a los tranquilizantes mayores o menores.

Es importante señalar que "siempre que sea posible el uso de algunos de estos medicamentos, en especial el metilfenidato, debe limitarse a los días escolares y suprimirse en vacaciones" También es importante acentuar que: "Ningún fármaco será eficaz si su administración no se acompaña de medidas de apoyo emocional y de la estimulación de las capacidades intelectuales del niño"

«11» URIARTE, Víctor. HIPERQUINESIA. Edit. Trillas. Pág 116-117

«12» VALENZUELA, Manual de Pediatría. Librería Interamericana, México 1991. Capítulo 53

ESQUEMA DE COMO PASAN LOS MENSAJES DE UNA NEURONA A OTRA



Cap. 1 B

- 1.- Cruickshank and Rauss.- "Hyperactive Children: Their Needs and Curriculum".- The teaching learning process in educating emotionally disturbed children. N. York: Syrawse University, 1986
- 2.-GEARHEART Et At "Learning Disabilities Educational Principles and Practices" N.York, 1070
- 3.-ALABISO, " Remedial Techniques in School Subjects", N.York, 1970
- 4.- Werry J.S., "Developmental Hyperactivity"" Pediat. Clin Notth Am. 15: 581 - 599. 1968
- 5.- Patterson et al "Plans to Resist Distraction" Developmental Psychology, 11:3 69- 378, 1969.
- 6.- Forness y Keogh "Hyperactivity and Learning Problems: Implicationa for Teachers". Education Digest, 37: 45 - 47, 1971.
- 7.- VERGASON, "Reading and Learning Disabilities, N.york, Basic Books,1968
- 8.- Ross, D. M y Ross, S.a "Hyperactivity: Research, Theory, and Action". N. York: John Wiley and Sons. 1976
- 9.- Uriarte V. "Hiperquinesia" Trillas, México 1988. pág. 53 cap. 4
- 10.- Nichamin. S.J. " Recognizing Minimal Cerebral Dysfunction in The Infant Tadder". Clinical Pediatrics, 11: 225 - 237. 1974.
- 11.- Uriarte, Victor.Hiperquinesia. Trilllas pág. 116 - 117.

CAPITULO II

LA PSICOLOGIA EDUCATIVA EN EL TDAH

2.A INTRODUCCION:

2.A.1EL CONCEPTO DEL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

En la sociedad contemporánea, ningún hogar puede ofrecer todas las condiciones y recursos necesarios para educar de manera integral a los niños, ya que algunas familias tienen solo un hijo, u otras niños del mismo sexo.

Afortunadamente, desde la antigüedad, la escuela es vista como una Institución que suple las limitaciones del hogar. En la escuela se le imparte al niño los conocimientos que debe poseer como miembro de un grupo, se le enseñan las habilidades fundamentales en la vida, además, ofrece al niño una seguridad diferente de la que le proporcionan los padres en el hogar, ya que se desarrolla en él un sentido de pertenecer a un grupo (cuyo buen funcionamiento dependerá únicamente del esfuerzo de cada niño), y mientras que en el hogar no lo desarrolla del todo.

Es por eso que la escuela no debe dedicarse exclusivamente a impartir conocimientos, sino que debe ofrecer también otras opciones encaminadas a la educación integral del alumno. Ofrecerle la ocasión de aumentar la seguridad en sí mismo basada en sus propios esfuerzos, adquirir el sentido de competencia etc.

Si el programa educativo fuese únicamente académico, solo algunos niños adquirirían seguridad, pero, ¿qué sucede cuando el niño falla en la escuela?

Cuando el niño empieza a disminuir su rendimiento académico y es capaz de dar más de lo que está rindiendo, es señal de que hay algún obstáculo, algo que le impide aprovechar al máximo los conocimientos que le brinda la escuela; es un niño con Bajo Rendimiento Escolar.

El Bajo Rendimiento Escolar puede ser ocasionado por diversos factores.

- Por alguna causa física, como lo es la fallas en el oído, la vista, y que ni los padres o los maestros se han percatado, otras pueden ser ocasionadas por una debilidad general del organismo que le impida al niño dedicarse al estudio.

- Problemas emocionales.- Estos son bloqueos emocionales producidos debido entre otras cosas a una mala comunicación entre padres e hijos, algún rechazo por parte de algún padre, conflictos entre padres, etc. un sin fin de problemas que para algún adulto carecen de importancia, para un niño puede ser motivo suficiente para no poder estudiar.

- Otro punto importante puede provenir de una falta de método para estudiar, ya que muchos niños nunca aprenden a aprender, es decir, a razonar. Toda su táctica es aprenderse las respuestas de memoria y el maestro muchas veces olvida que

una de sus tareas primordiales es ayudar al niño a descubrir el poder y la riqueza de su propia inteligencia.

En el caso de los niños hiperactivos, el bajo rendimiento escolar es visto como el resultado de la inatención y no como un trastorno específico de aprendizaje el cual se presenta de manera independiente a los procesos implicados en la atención.

Es por eso que en la escuela, el Psicólogo Educativo funge un papel muy importante ya que es la persona más idónea para detectar las causas que están provocando que el niño no rinda acorde a su capacidad intelectual en la escuela.

2.B EL PAPEL DEL PSICOLOGO EDUCATIVO EN EL TDAH

Los psicólogos educativos se solicitan para auxiliar no sólo sus funciones tradicionales, como diagnosticadores, sino también como especialistas del aprendizaje, capaces de determinar el ambiente más apropiado para éste y los tipos de procedimientos para facilitar el proceso de aprendizaje del niño.

Las funciones profesionales del psicólogo educativo incluyen:

EVALUACION: Aplicación, calificación e interpretación de pruebas psicológicas, observación de la conducta del niño y entrevista diagnóstica.

INTERVENCION: Participa en actividades de asesoría, desarrollo de planes educativos y diseño de programas de modificación conductual. Estas actividades reflejan los enfoques de solución de problemas implementados para el caso en estudio.

ASESORIA: Trabajo con maestros, directores, médicos y padres de familia.

INVESTIGACION Y VALORACION: Cualquier actividad asociada con las funciones psicoeducativas, incluyendo la valoración del adecuamiento de los servicios psicológicos, seguimiento de las intervenciones y de evaluaciones.

ADMINISTRACION: Redacción de informes psicológicos, correspondencia, tiempo de preparación y asistencia a reuniones institucionalizadas.

Para funcionar con éxito en un ambiente escolar o como consultor de escuelas se debe de conocer la estructura, funcionamiento y efectividad de las clases de educación especial, salones de recursos especiales, etc.

Es así como la Psicología Educativa contemporánea adquiere gran relevancia dentro del ámbito de la educación, y una de las ramas más recientes de esta última abarca LAS DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL APRENDIZAJE. Esta es una sección que desde hace algunos años ha adquirido una gran preocupación por parte de educadores y maestros ya experimentados, los que están confundidos en lo que respecta a los límites de la nueva clasificación y su afinidad con

otros campos ya establecidos de la educación especial que dispone de programas propios, tales como los de los niños con retraso mental, con perturbaciones en el habla y la lectura, etc.

En algunos casos, la identificación de estudiantes incapacitados puede ser bastante sencilla, pero, con frecuencia, tiende a ser complicada debido a la terminología de la definición y a muchas preguntas sin respuesta sobre la naturaleza de estas incapacidades. La Psicología Educativa contribuye al esclarecimiento de este incierto panorama a través de la aportación de diversas teorías acerca del aprendizaje, la enseñanza y la relación entre estos, ayudándole al docente a la planeación adecuada y correcta de toma de decisiones educativas.

Existe una gran variedad de conceptualizaciones teóricas de las(s) causa(s) y efectos de las incapacidades del aprendizaje que deben ser de ayuda en la formulación de intervenciones educativas más apropiadas para usarse en estudiantes con este trastorno. Algunas de estas teorías se superponen y algunas están sin duda dirigidas hacia una población diferente de otra. No es posible que todas sean "correctas" (significativas y generalmente aplicables a estudiantes incapacitados para aprender) y tal vez ninguna está del todo mal, sin embargo, las teorías deben proporcionar guías para la planeación de la rehabilitación o intervención, y una comprensión de las diversas teorías debe ayudar al maestro a tomar mejores decisiones educativas.

Para poder entender, desde el punto de vista de la Psicología Educativa, por qué el comportamiento hiperactivo lleva consigo trastornos específicos del aprendizaje, debemos partir de las bases motoras del aprendizaje (tratadas en el marco pedagógico) y así poder entender como contribuye la hiperactividad a dichas incapacidades. Los observadores clínicos y educativos informan, de manera consistente, que los niños hiperactivos varían en forma inusual su rendimiento en el aprendizaje. Esto incluye una variabilidad día con día y tarea con tarea. Algunas investigaciones indican que los déficit educativos de los niños hiperactivos cruzan todas las áreas o temas; otros mencionan dificultades en las áreas de lectura y lenguaje, pero poca en aritmética y adquisición de conceptos numéricos. Es posible concluir que el niño hiperactivo tiene más problemas educativos que los normales, pero es difícil generalizar más allá de este punto.

En este capítulo se tratarán aspectos que el psicólogo educativo necesita conocer para llevar a cabo un programa educativo con niños que tienen dificultades en el aprendizaje. En primer lugar, se hará un repaso de la evaluación dentro del ámbito escolar, así como una descripción del ambiente en el que el niño recibe la enseñanza y por último algunos de los posibles problemas que suelen enfrentarse los psicólogos, maestros y niños con los demás miembros de la escuela asimismo con la familia.

Si pensamos en la importante tarea que tiene que realizar un profesor de clase en el nivel primaria, nos

podemos dar cuenta que es difícil de realizar, ya que la mayoría de las veces el maestro tiene un gran número de niños dentro de un espacio reducido y por lo tanto es imposible la atención adecuada de las conductas y desempeño de cada uno de los alumnos.

Es así como se pierden de vista algunos de los propósitos por lo que en la escuela se lleva a cabo el proceso de evaluación como son: seleccionar a los alumnos con el fin de averiguar quiénes son los que presentan mayor dificultad que la normal para llevar a cabo su proceso de enseñanza-aprendizaje y por otro lado conseguir datos que se puedan usar en la preparación de programas individuales, en el caso de aquellos niños que presenten alguna alteración. Llevar a cabo estos propósitos no sólo es extenso y minucioso sino además costoso, puesto que por lo general supone la administración de tests y consume muchas horas de trabajo, tanto por parte de los niños como del examinador.

Por otra parte, tanto los maestros como los padres, se podrán dar cuenta que hay un conjunto de niños cuyos problemas físicos, mentales o emocionales los afectan al grado de requerir de una educación especial. También se puede observar que las dificultades que presentan muchos de estos niños no caben dentro del espectro de la variación "normal", sino que son de tal magnitud o género que los afectados necesitan de ayuda educativa la cual está por encima y va más allá de lo que el docente de una escuela normal les podría proporcionar; por lo que es importante identificar a estos niños, pero hay que tener en cuenta que no todo niño que presente algún tipo de dificultad escolar o de conducta o cualquier otro tipo de alteración es apto para la educación especial y menos aún para llevar la etiqueta de "dificultad en el aprendizaje".

Es claro que el proceso de identificación empieza localizando a aquellos niños que experimentan dificultades y concluye con la toma de decisiones sobre cuál es el tipo de impedimento que puede tener un niño y si tiene alguno, en que ambiente se le puede enseñar mejor. Por lo tanto debe haber un sistema de evaluación global donde se considere la presentación, la selección, la evaluación a fondo (si es necesaria), la asignación y la revisión.

En todo plan escolar debería haber una persona cuyo cometido fuera recibir los casos de niños que presentan problemas de aprendizaje, recoger los datos de las evaluaciones y determinar el tipo de asesoría que debe recibir el niño. En la mayoría de las escuelas estos cometidos por lo general lo realiza el director, quien desafortunadamente quizá no tenga el suficiente conocimiento o interés por la educación especial, por lo que sería importante contar con una persona que tenga los conocimientos e interés por estos niños, es aquí donde el psicólogo educativo juega un papel importantísimo dentro del ámbito escolar.

Una vez que el niño ha sido enviado al psicólogo éste deberá recoger las informaciones que le brinda el maestro y

tomará en cuenta su historial como alumno. Estos datos deben de incluir comentarios sobre quiénes son y fueron sus maestros junto con muestras de trabajos escolares; así mismo, las calificaciones y otras pruebas que hayan tenido en la escuela y cualquier información que se pueda obtener durante el tiempo de escolaridad del niño, si tiene que ver con las dificultades presentes. Es en este momento donde se decide si probablemente el niño no sea un caso digno de consideración especial o bien puede ser elegido y han de recopilarse más datos.

A partir de la evaluación es importante que se informe a los padres de los resultados de esta primera evaluación; ya dados a conocer los resultados a los padres, se debe conscientizarlos de que su apoyo influirá en gran medida en el éxito o fracaso de cualquier esfuerzo terapéutico. El psicólogo educativo tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre el futuro educativo del niño, así mismo, debe estar dispuesto a dedicar su tiempo y energía a la evaluación metódica de los datos que tiene sobre las dificultades del niño, determinar que tipos de experiencias educativas necesita y colocarlo en el mejor ambiente didáctico, ya que no basta con trasladarlo a un lugar apartado del grupo escolar durante determinado periodo del día no sólo para quitárselo de "encima al maestro" o "por que no cause" daño a sus compañeros, sino que debe recabar la mayor información por parte de los padres y maestros, así mismo analizarla, realizar la aplicación de una batería psicológica adecuada que incluya valoración de procesos cognoscitivos y pruebas proyectivas, además de contar con la valiosa información que se adquiere de las entrevistas de los padres, maestros y el alumno, y en base al resultado conjunto se realizará el programa didáctico acorde a las necesidades educativas del niño, dentro de este programa se deben señalar las acciones que debe tomar el maestro y padres para lograr el mejor desempeño escolar.

Los psicólogos suelen hablar de modelos. Los modelos son representaciones "como si" sobre la manera en que podrían funcionar los sistemas o programas educativos. Los psicólogos educativos han ideado varios modelos didáctico-docentes. No se puede decir con seguridad que alguno de ellos "encaje en los hechos" mejor que otro. Determinado modelo o patrón le resulta útil a un maestro en el grado en que le auxilia a organizar conceptualmente sus propósitos docentes. El modelo más útil y popular, es el que considera al maestro como un individuo que toma decisiones.

La toma de decisiones es el acto de escoger entre varias opciones o alternativas. No son sólo los maestros los que deben tomar decisiones; todos debemos hacerlo. Pero un vistazo a la manera en que se toman decisiones ayudará a entender el proceso educativo y la importancia que la psicología educativa tiene en dicho proceso:

a) La toma de decisiones es el acto de escoger entre diversas opciones o alternativas.

b) Quienes saben tomar decisiones tienen presente las diversas alternativas.

c) Cada alternativa (o modo de actuar) tiene varios resultados posibles, y los que saben tomar decisiones no se olvidan de tales resultados.

d) Cada resultado tiene (en teoría) alguna probabilidad de que ocurra.

e) Cada resultado tiene cierto valor útil.

f) Cuanto mayor conocimiento se tiene respecto de las diversas alternativas, de los resultados y de las probabilidades y utilidad de los resultados, tanto más probable es que la decisión sea más acertada.

El maestro tiene que resolver muchos problemas, o tomar varias decisiones día tras día. A veces la decisión debe ser inmediata, casi automática. En este caso, la toma de decisiones no se puede efectuar mediante la recopilación prolija de datos y sopesando las pruebas de que se disponga. La comunicación y cooperación entre psicólogo educativo y maestro, puede ayudarse a éste último tanto en las tomas de decisiones inmediatas, como en las decisiones a mayor plazo que permiten la deliberación.

La psicología educativa ayuda a los profesores a tomar decisiones, día tras día, de muchas maneras, los profesores toman decisiones que influyen en el alumno, la escuela y la comunidad. Aprender como juzgar las cosas y cómo emprender una acción decisiva, a veces con preparación, pero a menudo espontáneamente, por exigencias de la situación, requiere que el profesor se comprenda a sí mismo, a sus alumnos y los procesos del desarrollo educativo e intelectual. Esta comprensión forma parte esencial de la psicología educativa, que selecciona entre todo el campo de la psicología (en general) aquellos hechos y principios que tienen una conexión directa con el desarrollo, el aprendizaje y los procesos de adaptación.

Para ser eficientes los asesores, los psicólogos educativos deben conocer tan profundamente como sea posible las situaciones en las que tendrá lugar el cambio. Si la escuela es el ambiente en el que ocurre la conducta, es necesario tener una relación laboral armónica con el personal de ella, conocimiento de la conducta del niño dentro del salón de clases e interacciones y retroalimentación continua. Al trabajar en una comunidad grande, el psicólogo educativo debe tener información sobre las instituciones, centros, seminarios y servicios de internamiento disponibles. En forma ideal, es de mucha ayuda conocer qué tratamientos se ofrecen en diferentes lugares y su efectividad para auxiliar a los niños.

Si bien, es importante el tomar decisiones, es igualmente importante el diseñar un programa educativo acorde a las necesidades educativas de cada niño.

Para obtener un programa didáctico acorde a dichas necesidades, se debe realizar una evaluación educativa, "la cual, es un procedimiento de pruebas estructuradas (tests) que se emplean para cerciorarse de cuales son las funciones

actuales de un niño y sus logros en varios campos"...(Jedryseck et.al.1976).

A partir de aquí es necesario proponer los objetivos que se pretenden alcanzar con el niño, los que deben ser mensurables. Para lograr esto es necesario realizar un análisis de tarea, el cual se emplea cuando se desea desmenuzar en sus componentes más pequeños la tarea que se va a enseñar al niño. Por ejemplo, tal vez se presente el caso en el que el niño necesite aprender a contar objetos, no de una manera seriada y de memoria, sino contando un objeto tras otro. El propósito de la ejecución final debe ser que el niño pueda contar cualquier número de objetos, hasta diez, siempre que se le presente determinada cantidad. Al realizar el análisis de una tarea, se debe saber cuáles son los pre requisitos o comportamientos de entrada necesarios. Por ejemplo, si el niño ha de responder oralmente, deberá pronunciar el nombre de los números del uno al diez con la suficiente claridad; deberá poder ver o palpar los objetos para así poderlos contar, y posiblemente se requieran otros comportamientos de entrada, que haría falta nombrar. Sin embargo, el maestro en este momento no tiene por qué enseñar esas conductas. Si el niño no las posee el maestro quizá pase por alto dicha tarea (contar objetos oralmente) y se abocará a la tarea anterior, como enseñar al niño los nombres de los números, o quizá puede optar por seguir con la tarea, pero cambiando los modos de respuesta (o estímulos).

Una vez conocidas las conductas de entrada necesarias el maestro empezará desglosar la tarea de contar en sus fases más pequeñas. Por ejemplo: la primera fase, o primer paso, puede ser enseñar al niño a decir la secuencia de los números del uno al diez, antes de pasar a enseñarle la relación entre el símbolo numérico (palabra) y los objetos. Es importante señalar que las tareas a enseñar deben ajustarse al conjunto y a la secuencia de un programa. Este proceso se funda en la teoría de "los bloques de construcción", esto es, que las capacidades que uno ha de adquirir al aprender una tarea se ha de desarrollar en un orden secuencial, o sea, hay que aprender "A" antes de aprender "B" y "B" antes de "C". No es posible decir con exactitud cual es la secuencia de elementos de determinada tarea, pero sí se pueden disponer en un orden secuencial lógico antes de presentarlos a los niños. Estrechamente ligado al principio de secuencia está el de discreción. Los elementos de una tarea, ya dispuestos en secuencia, deben ser lo bastante discretos o diferentes para que se pueda enseñar un elemento a la vez. Si el niño no aprende dicho elemento, entonces el maestro sabe con exactitud que es lo que el alumno no puede hacer. Por ejemplo: si la tarea es enseñar al niño a "cortar con tijeras" se tendrá que realizar el siguiente análisis:

- 1.- Contrapone el pulgar a los demás dedos
- 2.- Cierra y abre las tijeras (en cualquier posición)
- 3.- Cierra y abre las tijeras perpendicularmente a la superficie que va a cortar.

4.- Hace pequeños cortes en un papel manteniendo las tijeras a lo largo de un plano vertical.

5.- Corta un papel con dibujos en dirección recta.

6.- Corta por la línea que se le señala.

7.- Corta una línea recta en dos direcciones (cambia la dirección del papel sin doblar la muñeca)

8.- Logra cortar figuras simples aunque algunas las rasga.

9.- Corta figuras con buena coordinación de la muñeca y pocas rasgadas.

Un análisis de la tarea en toda su amplitud debe proponer los modos de entrada y salida. Esto es ¿se coordina determinado paso del análisis fundado en una entrada auditiva, con una salida oral? ¿Hay coordinación entre la entrada visual y la salida motora? ¿la hay entre la entrada visual y la salida oral?. Esta información es importante por que si el niño fracasa en determinado elemento, el maestro podrá entonces buscar otros modos posibles y de esta manera logrará que la ejecución resulte efectiva.

Otro de los principios del análisis de tareas es el que se refiere al nivel de dificultad de los puntos, es decir, en un punto se le puede decir al niño que encuentre letras iguales. Se puede observar que las letras son estímulos visuales más difíciles y complejos que las figuras, líneas, formas geométricas etc. Por lo tanto, si un niño no logra igualar las letras más sencilla, el maestro puede simplificar la tarea pasando a estímulos más fáciles como formas geométricas y luego proponerle una letra simple y de fácil distinción y finalmente las demás letras. En ese mismo momento, el maestro puede utilizar otros modos de entrada como el trazado, pistas de color, estímulos auditivos etc.

Por otro lado es necesario que el niño pueda simbolizar lo que aprende. A fin de que retenga en la mente imágenes de objetos presentes o ausentes del mundo exterior, es decir, la adquisición de conocimientos implica la capacidad de recordar, retener y, al mismo tiempo de asimilar, es decir, la potencialidad para convertir una experiencia en algo propio. Por último hace falta que el niño esté interesado en lo que le rodea, que haya podido salir de sí mismo y que se aproxime a los objetos externos con interés para conocerlos, saber como son y, en consecuencia cuáles son sus posibilidades.

En un niño demasiado centrado en sí mismo o bien que se halle en un medio poco estimulante, esas capacidades no funcionarían adecuadamente, y ello impedirá su crecimiento psíquico e intelectual, aunque se disponga de un potencial de partida.

En consecuencia, los niños con capacidad intelectual normal, e incluso superior, que no han alcanzado el nivel evolutivo necesario para seguir normalmente el ritmo de la escuela, es aconsejable que lleven a cabo un tratamiento psicopedagógico, normalmente denominado reeducación o tratamiento reeducativo. Otras veces sin embargo, resultará más adecuado el tratamiento psicoterapéutico a tenor de los

distintos factores que deben tenerse en cuenta en el momento del psicodiagnóstico.

La palabra reeducación aplicada a este tipo de tratamiento psicopedagógico, no debe entenderse en el sentido de "volver a educar" o "enseñar de nuevo" las cosas que no han sido debidamente aprendidas con anterioridad, sino que se trata de ayudar a que maduren funciones intelectuales, que sea por las circunstancias que fueren, no han podido desarrollarse óptimamente.

Generalmente, el momento en que empiezan a evidenciarse claramente las dificultades para el aprendizaje, es cuando se espera que el niño haya alcanzado un determinado nivel en la lectura y en la escritura, alrededor de los 7 años. Sin embargo, un observador suficientemente preparado, puede haber detectado con anterioridad que el niño presentaba dificultades en el aprendizaje, es decir, dificultad para aprovechar las experiencias vividas en el aprendizaje escolar.

Dentro de los tratamientos psicopedagógicos suelen establecerse clasificaciones. Así, por ejemplo, es frecuente hablar de maternaje, estimulación temprana, reeducación psicomotriz, reeducación en el lenguaje, etc. sin embargo, todos estos tratamientos tienen una finalidad en común, que es la de tratar de desarrollar y hacer madurar las funciones psíquicas necesarias.

En este sentido, se entiende por maternaje o estimulación temprana el tratamiento que se da a niños pequeños, y que tiene como finalidad establecer una relación positiva con ellos, quienes a través de la estimulación por el juego, podrán alcanzar el nivel evolutivo que les corresponde. Este tipo de tratamiento suele ser aconsejado cuando el niño no alcanza el estadio esperado a su edad en cuanto a capacidad motora, del lenguaje o bien facilitar el contacto con un medio que puede haberse alterado.

Por lo que se refiere a las denominaciones de reeducación psicomotriz y del lenguaje, aún cuando se trate de poner especial atención en conseguir el normal desarrollo de determinados aspectos inmaduros, no pueden entenderse aisladamente, ya que el niño funciona como un todo y las funciones psíquicas o su personalidad dependen del mismo.

En todos los niños con dificultades del aprendizaje, tal como afirman algunos autores (Elena Granel, Melannie Klein) y como se hace cada día más evidente a través de la experiencia clínica, existen problemas psicológicos que son los factores desencadenantes del trastorno. Esto plantea la posibilidad de considerar la oportunidad del tratamiento psicoterapéutico para estos niños. De ello se deriva que la reeducación, el aspecto psicológico debe tener un papel central. Un tratamiento reeducativo no puede limitarse a un conjunto de ejercicios más o menos agradables, o bien elaborados técnicamente, y adaptados a cada niño. El psicólogo debe estar suficientemente preparado para comprender la vertiente psicológica del niño con el que trabaja, a fin de ayudarlo en este aspecto.

A los problemas psicológicos básicos, causantes de dificultades evolutivas que interfieren en el aprendizaje, se une: la ansiedad, sentimientos de desvalorización, inseguridad, dificultades de relación, entre otras. Los niños con tales problemas suelen organizar ante ello unos sistemas defensivos para evitar el sufrimiento, que consiste en crearse una especie de pantalla o capa a consecuencia de la cual se muestran desinteresados ("tanto me dan", "no me importa", etc.) tratando así de negar las situaciones productoras de ansiedad que le son demasiado difíciles de tolerar.

El psicólogo debe de estar en condiciones de entender todo esto, tratarlo de forma adecuada e ir explicándole poco a poco al niño qué le pasa. El hecho de que alguien lo comprenda, lo acepte, lo ayude a entenderse y le haga ver a través de los éxitos que va alcanzando que puede superar sus dificultades permite al niño aceptar de una forma nueva sus problemas y poco a poco se le ayudará a salir de su aislamiento, haciéndole más capaz y más seguro de sí mismo. De este modo podrá relacionarse mejor y conseguir satisfacciones, con la consiguiente disminución de ansiedad.

Es importante destacar asimismo, el hecho positivo que supone explicar al niño los ejercicios que va haciendo y para qué sirven, para que posteriormente sea el niño quien relate los esfuerzos que realiza para hacerlos y de qué forma los hace, pues el acto de verbalizar las sensaciones favorece la capacidad de comunicación y comprensión de sí mismo. De esta forma, la reeducación de niños con posibilidades evolutivas conservadas produce una mejora no tan sólo en el aprendizaje, sino también en su organización emocional mediante la buena relación con el psicólogo que ha de permitirle modificar sus imágenes internas.

Es importante, hablar de las escuelas especiales, ya que frecuentemente se piensa en que son instituciones para niños con retardo mental; ello se debe tal vez a que éstas fueron las primeras que se crearon. Sin embargo, hay niños que no pueden seguir el ritmo de una clase junto a otros 30 o 40 más y no por ello debe considerarse como Oligofrénicos o Psicóticos, ya que en estos casos resulta tan importante el diagnóstico acertado así como una pedagogía adecuada a su trastorno.

Por otra parte, están los niños que sin ser psicóticos, y aún con un nivel intelectual normal y sin ningún déficit sensorial, llevan un bajo rendimiento escolar importante que quizás por no haber sido atendidos con anterioridad, les resulta difícil de superar, en estos casos, se hace necesaria una escuela que se dedique especialmente a ellos, tal como ocurre en las escuelas para niños hiperactivos, considerándose, la Escuela Especial, como una escuela de transición mediante la cual el niño habría de superar un determinado estadio y reincorporarse a su escuela.

Por último es importante destacar la importancia de la ética dentro de nuestra profesión, esas normas éticas son:

- 1.- Los psicólogos deben reconocer que sus recomendaciones pueden alterar la vida de los demás y tener en cuenta su responsabilidad social.
- 2.- Deben reconocer su propia capacidad y las limitaciones de sus técnicas
- 3.- Las declaraciones públicas sobre los servicios de diagnóstico deben describirse con exactitud y objetividad.
- 4.- Los psicólogos deben de proteger la confidencialidad de la información obtenida en el transcurso de la evaluación. Las únicas excepciones son :
 - a) Cuando el paciente o tutor da su consentimiento para que se publique la información
 - b) Cuando se trabaja con otros profesionales en la Institución.
 - c) Cuando no publicar la información, puede constituir una violación a la Ley.
- 5.- Los pacientes deben entender claramente los costos financieros relacionados con la evaluación
- 6.- Los pacientes tienen derecho sobre los resultados de las pruebas y deben proporcionárseles los fundamentos de las conclusiones y recomendaciones
- 7.- Debe mantenerse la seguridad de las pruebas y sus resultados
- 8.- En el informe, las dudas relativas a la conectabilidad y validez, de los resultados de la prueba, deben asentarse claramente.
- 9.- La investigación sobre la evaluación debe tomar en consideración la dignidad y bienestar de los sujetos participantes en el proyecto de la investigación.

2.C LA FORMACION DEL PSICOLOGO EDUCATIVO EN LA UPN.

De acuerdo a nuestra formación profesional recibida en base al esquema curricular 1985-1990, podemos decir que no fue del todo integral, ya que no contamos con los instrumentos necesarios para cumplir las funciones que un psicólogo educativo debe desempeñar.

Es importante señalar que la preparación de los docentes es muy buena ya que tienen un perfecto dominio de su materia, pero consideramos que la falla radicaba en que había demasiado énfasis en las materias de tronco común que en las de formación profesional. Designando una cuarta parte de nuestra formación a materias de contenido político; lo que nos negaba el acceso a conocimientos teórico y prácticos necesarios para nuestro desempeño laboral. Fue tal nuestra inquietud que participamos en las jornadas de trabajo organizadas por la academia de Psicología, manifestando dichas inquietudes.

Sin embargo, se nos dió la oportunidad de realizar el servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil, donde pudimos complementar nuestra preparación, participando en cursos de actualización, sesiones clínicas y adquiriendo conocimientos necesarios en el área médica para nuestra formación.

Cabe señalar que algunos docentes nos brindaron la oportunidad de obtener conocimientos prácticos, fuera de la universidad, de manera particular en diferentes instituciones.

Por último hemos tenido la oportunidad de conocer el nuevo programa de estudios y ver con agrado que se le ha dado mayor énfasis al área de formación profesional que al tronco común, agregando materias de necesarias para la formación profesional.

2.D SUGERENCIAS TECNICAS

PROGRAMA PSICOPEDAGOGICO

Formular un diagnóstico de hiperactividad es una tarea llena de dificultades. No hay ningún consenso sobre los criterios diagnósticos necesarios. Existen diferentes procedimientos para llegar a un diagnóstico; como métodos neurológicos, pruebas psicológicas y criterios conductuales.

No existe mucha probabilidad de obtener diagnósticos consistentes cuando se usan diferentes criterios. Sin embargo, a pesar de estas dificultades diagnósticas, las pruebas psicológicas contribuyen al proceso de evaluación proporcionando una línea base para medir cualquier cambio después de una terapia y para la evaluación del rendimiento actual.

Una vez detectado al niño con TDAH, así como de haber realizado una entrevista con los padres; con la finalidad de recopilar datos acerca del desarrollo pre y post-natal, y psicomotor, se procede a realizar la planeación de un programa de intervención psicopedagógica.

Aquí se proporciona a los profesionales en educación (psicólogos, pedagogos etc.) y al maestro en servicio, un programa psicopedagógico basado en los resultados obtenidos en la presente investigación; así como en la experiencia adquirida a lo largo del desempeño laboral en el trato directo con niños hiperactivos.

Se parte del supuesto de que el gran problema en estos niños, se ubica en su dificultad para concentrarse en sus tareas y mantener su atención durante largos periodos de tiempo, no tanto en su hiperactividad motora.

Por lo que se hace necesario partir de una evaluación conductual, para determinar el tiempo de fijación de la atención, quietud motora y discriminación de estímulos. Esto último podría evaluarse mediante las siguientes actividades:

- A) Cronometrar el tiempo que permanece sentado.
- B) Cronometrar el tiempo que fija su atención ante estímulos visuales, auditivos y orales (música, comida, figuras de colores llamativos).
- C) Evaluación de la capacidad discriminatoria al presentarle tres o más figuras geométricas evidentemente distintas (por ejemplo: triángulo, círculo y cuadrado).

Una vez obtenidos estos resultados, se procede a planear los objetivos, así como las actividades pertinentes para su consecución. Partiendo del supuesto de que el niño puede centrar su atención durante 5", para después dispersarla por cualquier motivo; en el momento en que el niño dispersa su atención se le dice "mira lo que te estoy enseñando" para volver a atraerlo y podría plantearse como objetivo que centre su atención, ahora por un lapso de 10". Cada vez que el niño centre su atención se le dará un incentivo como "un aplauso" ;Que bien lo hiciste! o una probadita de su alimento favorito .

Finalmente, logrando que el niño centre su atención mínimo por 20" se procederá a plantearse objetivos distintos como:

OBJETIVO: 1. La diferenciación entre largo y corto, a través de actividades similares a las siguientes:

- a) Reunir objetos largos y cortos de uso conocido para el niño(paja, lápices, reglas, fideos etc..).
- b) Poner delante del niño una paja larga y otra corta. Pídale que señale la larga. Elógielo si puede hacerlo.
- c) Utilizando el pizarrón, hacer que el niño dibuje con gis líneas largas y cortas, imitando al maestro o psicólogo, o cuando se le pida.
- d) Hablar al niño acerca de objetos largos y cortos. Mencionar los objetos de la casa como largos o cortos antes de pedirle que los señale.
- e) Jugar con el niño con palillos de dientes o palos de madera cortos y largos. Ponga las manos atrás y en una de ellas esconder un objeto corto y en la otra una largo, hacer que el niño adivine en que mantiene el objeto corto. Cuando haya adivinado, mostrar ambas manos. Hacer que el niño señale el objeto corto. Repita esto con el largo. Recompensarlo cuando lo haga correctamente.

OBJETIVO 2: NOMBRAR "LO LARGO" Y "LO CORTO"
ACTIVIDADES:

- a) Utilizar lápices limpiapipas, dibujar o recortar tiras de papel o tela de diferentes tamaños. Señalar uno largo y decir "Este es el largo". Luego preguntar al niño ¿Cuál es el largo?.

Luego hacer que el niño señale el largo. Cambiar la posición de los objetos y pedirle nuevamente que nos señale el largo. Hacer lo mismo con el corto.

b) Al principio emplear líneas muy largas y muy cortas, reducir poco a poco la diferencia medida que el niño adquiera la destreza.

c) Hacer sobre la mesa una hilera con los objetos que se estén utilizando poniendo un extremo de cada uno al mismo nivel que los otros. Explicar al niño que una hilera es corta y otra larga. Hacer que el niño diga cuales son cortas y cuáles largas a medida que los señala.

OBJETIVO 3: ARMAR UN ROMPECABEZAS DE SEIS PIEZAS CON ENSAYO Y ERROR.

ACTIVIDADES:

a) Pegar pequeñas manijas en las piezas del rompecabezas para que se puedan coger fácilmente.

b) Empezar quitando una o dos piezas del rompecabezas y deje que el niño las observe. Luego, volver a colocarlas. Quitarlas de nuevo y dárselas al niño una cada vez, para que él las ponga. Cuando él pueda hacer esto, quitar tres piezas, luego cuatro y finalmente todas las piezas. Recompensar al niño con alabanzas y sonrisas cuando las coloque.

c) Guiar con la mano para ayudarlo a encajar la pieza en los espacios una vez que él haya encontrado el espacio correspondiente. Darle instrucciones simples como "voltéalo, muévela un poco".

Eliminar la ayuda a medida que el niño adquiera la destreza y elogiarlo.

d) Darle al niño una pieza del rompecabezas, decirle que mire el rompecabezas para que encuentre el lugar que le corresponda antes de intentar colocarla. Esto ayudará a evitar que fracase en sus intentos de colocar la pieza, elógielo si tiene éxito.

e) Hacer que el niño palpe las formas de las piezas del rompecabezas antes de colocarlo.

f) Si hay piezas contiguas en el rompecabezas, trace con un lápiz en la bandeja de los contornos de los distintos pedazos para que el niño pueda ver cada forma separadamente. Borrar las líneas a medida que el niño adquiere la destreza.

OBJETIVO 4: RECORDAR CUATRO OBJETOS QUE HA VISTO EN UNA ILUSTRACION

ACTIVIDADES:

- a) Mirar con el niño una ilustración de un libro o una revista. Cubrir la ilustración y pedirle que diga lo que vio
- b) Si al niño se le dificulta recordar, darle indicaciones como: "es un animal que dice guau guau"
- c) Hacer que el niño mire la ilustración durante 30", taparla y pedirle que diga si había o no un coche, árbol, gato etc.
- d) Al principio utilizar ilustraciones muy simples, con sólo uno o dos objetos en ellas, poco a poco emplear ilustraciones más complejas.
- e) Mostrar al niño una ilustración y dejarlo que la mire por unos momentos. Luego hacer que elija entre una serie de ilustraciones sueltas aquellas que estaban en la ilustración grande.

OBJETIVO 5: DECIR QUE OBJETO FALTA CUANDO SE QUITA UNO DE UN GRUPO DE TRES

ACTIVIDADES:

- a) Colocar tres objetos en una mesa delante del niño y pedirle que nombre cada uno. Decirle que se cubra los ojos mientras se quita un objeto. Elogiar al niño cuando nombra al objeto que falta. Agregar más objetos a medida que se le facilita la tarea.
- b) Variar cada día los objetos empleados
- c) Iniciar con tres objetos muy diferentes
- d) Aumentar la dificultad haciendo que los objetos empleados sean de colores parecidos
- e) Si el niño tiene dificultad con tres objetos, iniciar con uno o dos
- f) Hacer que el niño diga el nombre de los objetos antes de quitar uno para ayudarle a recordar.

OBJETIVO 6: SUMA Y RESTA, COMBINACIONES DE HASTA TRES DIGITOS

ACTIVIDADES:

- a) Darle al niño tres bloques y hacer que los cuente. Quitarle uno y decirle "¿Si quito uno, cuántos te quedan?". Hacer que el niño diga la respuesta. Repetir el mismo procedimiento con diferentes números de bloques.
- b) Emplear el mismo procedimiento con dulces o chocolates. Darle uno, dos o tres. Dejar que se coma uno y que cuente de nuevo para ver cuántos le quedan.
- c) Darle al niño uno o dos bloques y hacer que los cuente. Luego darle uno o dos más y hacer que los cuente de nuevo
- d) Emplear una línea de números uno, dos, tres. Dejar que el niño la use para ayudarse a calcular la respuesta cuando no tiene objetos.
- e) Emplear objetos para hacer que el niño trate de decir la respuesta antes de contarlos.

Estos son algunos ejemplos que pueden servir como punto de partida para la elaboración de un programa psicopedagógico, es importante mantener por escrito cada uno de los objetivos junto con sus actividades y el registro de la conducta que el niño adopta durante la realización de éstas, para lograr esto, proponemos el siguiente formato que se realizará individualmente, de esta manera se podrá lograr la planeación de nuevos objetivos, así como apreciar el avance de cada una de las áreas afectadas.

Esta evaluación será la línea base a partir de la cual se trabajará la problemática de cálculo y lecto-escritura a través de juegos y actividades estructuradas, como los siguientes:

NOMBRE DEL JUEGO: LLEGAR A CASA.

DESCRIPCION: Se organizan equipos de cinco niños dentro de un círculo central. En diagonal y a una distancia de 9 o 10 metros, se encuentra, en cada esquina la casita de cada equipo. Los niños numerados del uno al cinco, corren hacia su casa cuando lo indica el terapeuta. Gana el equipo que se sienta primero completamente dentro de su casa sin salirse del círculo delimitado.

NOMBRE DEL JUEGO: VISITAR AL VECINO

DESCRIPCION: Equipos de cinco niños con su número de cartón en la mano, que a la orden del terapeuta que dice el número y lo muestra en un cartón, tienen que salir hacia la otra casa

NOMBRE:

FECHA:

DURACION:

AREA:

OBJETIVO

ACTIVIDADES

CONDUCTA

PSICOLOGO:

CAPITULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.A INTRODUCCION

Cuando los niños hiperactivos no responden al medicamento hay que buscar otras formas alternativas de intervención y cambiar la medicación. La evaluación y diagnósticos médicos suelen proporcionar información sobre la etiología de lo excepcional del niño, áreas de déficit o habilidades deterioradas y de la necesidad de algunas consideraciones ambientales o instrumentos protésicos. Sin embargo, aunque el tratamiento médico es necesario para ciertos tipos de impedimentos, tenemos que preocuparnos también por ayudar al niño a funcionar de la mejor manera posible en todas las situaciones de la vida ordinaria; es precisamente en esta área donde la evaluación psicológica ayuda a valorar la ejecución y las capacidades del niño, para establecer programas educativos y terapéuticos apropiados.

Entrevistas, pruebas, listas de verificación y observaciones directas son instrumentos para muestrear la conducta y habilidades que nos ayudan a lograr un perfil de las capacidades y deficiencias que se derivan de la comparación con una población normal.

Muchos de los esfuerzos en la investigación en la psicología infantil, han sido dirigidos hacia la comprensión de la naturaleza inconsistente del TDAH.

El presente trabajo es "UN ESTUDIO PREELIMINAR SOBRE LA RELACION EXISTENTE ENTRE EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Y EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN NIÑOS DE PRIMER AÑO DE EDUCACION BASICA" en particular al adquirir las habilidades de lecto-escritura y cálculo.

Se cree que la naturaleza de esta relación es central para la comprensión del TDAH en términos de su etiología y tratamiento. La mayor parte de la investigación en esta área es predicada sobre la creencia de que el fracaso académico del niño hiperactivo es causado por su problema conductual. Las deficiencias del aprendizaje son vistas a menudo como un perjuicio secundario de la inatención y descontrol conductual.

Para ayudar a los psicólogos a valorar y realizar investigaciones en esta área, Dubey (1976) propone las siguientes normas prácticas:

1. Usar grupos normales y grupos de control desviados (hiperactivos).
2. Una población generalizable (es decir, no generalizar los resultados obtenidos usando un grupo institucionalizado a niños hiperactivos en general).
3. Investigar la confiabilidad de los instrumentos empleados.
4. Investigar si los indicadores biológicos de organicidad son el resultado más que la causa del problema de conducta.

Investigaciones recientes (Mac Gee 1971) han confirmado que mucho de lo que se dice sobre evaluación de los niños con incapacidad para aprender vale también para los que padecen déficit de atención. Además no se reportan indicios de que los niños hiperactivos rindan mejor en pruebas individuales que en pruebas grupales (Minde, Weiss, Mendelson, 1972). Sin embargo en las pruebas individuales los exáminadores podrán prevenirse contra las faltas de atención. (Mac Gee 1971).

Es muy importante distinguir entre niños con incapacidad de aprendizaje y los niños hiperactivos; particularmente porque los métodos de tratamiento no son los mismos para ambos. Campbell 1976, dice que los niños hiperactivos no muestran ningún patrón específico de déficit cognoscitivo fuera de sus dificultades con la atención y el control de impulsos, aunque los niños con bajo rendimiento escolar pueden ser también impulsivos, o tener dificultades en la atención. No se reporta correlación uno a uno entre las capacidades para aprender y los patrones de la conducta. Es muy importante tener siempre en cuenta la distinción entre bajo rendimiento escolar e incapacidad específica de aprendizaje. Los niños que no ponen atención suelen tener bajo rendimiento escolar, pero con ausencia de patrones claros de déficit en áreas particulares del funcionamiento cognoscitivo.

Los niños hiperactivos manifiestan una verdadera constelación de problemas, y que si no se les diagnostica acertadamente el resultado será un tratamiento inadecuado y deficiente.

3.B METODOLOGIA

3.B.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por la índole del trastorno hiperactivo, es en el salón de clases donde afloran con mayor facilidad los dos grandes grupos de síntomas: aquellos que afectan la conducta del niño y los que producen dificultades en el aprendizaje, aún tratándose de un niño cuya conducta no sea tan grave en el hogar, en el salón de clases se manifiesta con severidad.

De acuerdo con los comentarios de los maestros de escuelas primarias recibidos durante nuestra práctica profesional, es que probablemente se encuentren con un niño hiperactivo en su clase y por ello las circunstancias los obliguen a enfrentar los problemas que de ello se deriva.

Es por eso que cualquier medida que mejore la conducta del niño repercutirá favorablemente en las relaciones con el profesor y los demás estudiantes, y todo el grupo resultará beneficiado; de ahí la importancia de que el maestro sepa como debe proceder y cual es la actitud más conveniente al respecto.

Es en esta línea que surge nuestra inquietud por ofrecer al docente en servicio la mayor información posible al respecto de los instrumentos de medición de la hiperactividad, ya que el niño hiperactivo con frecuencia es impulsivo y tiende a tomar decisiones en forma rápida y desordenada. Esta manera de trabajar generalmente produce un mayor número de errores y dificulta el aprendizaje.

Así, todas estas dificultades se hacen más patentes a medida que el niño progresa en el sistema escolar y aumentan las exigencias en su rendimiento.

Así surge el siguiente PROBLEMA: ¿QUE RELACION EXISTE ENTRE EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Y EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR?. Al respecto, y después de revisar la literatura disponible, surgen tres amplios enfoques del mismo :

- 1.- El grado de traslapamiento entre los dos trastornos
- 2.- Las posibles directrices causales entre ambos
- 3.- El enfoque terapéutico apropiado

La dimensión de la educación especial es compleja en muchísimos aspectos y, el trastorno que nos ocupa, no es la excepción. Estos tres aspectos antes mencionados conforman la globalidad del problema. La sobreposición de sus dimensiones particulares adquiere en este caso singulares características, ya que carece de patrones cualitativa y cuantitativamente específicos para su adecuada diferenciación diagnóstica.

El establecimiento de la naturaleza de esta relación es central para la comprensión del TDAH en términos de su etiología y tratamiento.

3.B.2 OBJETIVOS:

Los objetivos que se persiguen al realizar el presente estudio preliminar son:

a) Obtener la mayor información posible acerca de la hiperactividad como entidad patológica y sus manifestaciones educativas.

b) Intentar esclarecer la relación entre el TDAH y el bajo rendimiento escolar ya que a partir de esta se puede planear una efectiva intervención terapéutica.

c) Obtener la mayor información posible -cualitativa y cuantitativa- sobre las áreas cognitivas comprometidas en los niños hiperactivos.

d) Proporcionar al docente la información pertinente al trastorno y sus implicaciones pedagógicas a fin de que pueda disponer del material necesario para la correcta toma de decisiones, así como una adecuada canalización al respecto.

3.B.3 HIPOTESIS:

La mayoría de la investigación en ésta Área es predicada sobre la creencia de que el bajo rendimiento escolar del niño es causado por su problema conductual. Sin embargo, los déficits de atención asociados con el TDAH también aparecen en niños con dificultades de aprendizaje sin ser hiperactivos.

Es en este sentido, que surge la inquietud de explorar más a fondo la relación existente entre ambos trastornos, bajo la hipótesis de investigación: DEBIDO A LOS CORTOS PERIODOS DE ATENCION EL NIÑO HIPERACTIVO PRESENTA BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR, la cual se manifiesta más cuantitativa que cualitativamente diferente con respecto a los niños no hiperactivos y que también presentan bajo rendimiento escolar.

3.B.4 SUJETOS (MUESTRA):

Para probar nuestra hipótesis, se trabajó con sujetos de primer año de primaria, ya que es en este nivel, en donde se adquieren las habilidades básicas de lecto-escritura y cálculo.

Podemos considerar a estos sujetos en un rango de edad que oscila de los 6 a los 7 años los cuales se encuentran cursando el primer año de primaria. Fueron seleccionados en base a dos características diferenciales: hiperactivos y control, ambos con bajo rendimiento escolar. Estas dos características a su vez sirvieron para distinguir las dos muestras a comparar.

Se tomaron dos muestras de tamaño $n = 20$. La muestra N(1) es la de los individuos sin hiperactividad (CONTROL), la muestra N(2) es la de los individuos hiperactivos.

3.B.5 ESCENARIO:

La muestra control fué tomada de una escuela Primaria, ubicada en Av. Universidad, ya que por las carencias del departamento de psicología, se nos autorizó aplicar la batería psicológica pertinente para la realización del presente estudio.

La muestra experimental o de sujetos hiperactivos fué tomada de una Escuela de Educación especial, ubicada en la colonia del Valle, debido al interés despertado en la directora del plantel al comentarle nuestros objetivos.

3.B.6 VARIABLES:

Nuestra variable independiente (X) es la HIPERACTIVIDAD, la que fue evaluada en base a la escala de hiperactividad de Uriarte aplicada a maestros y cuya presencia o ausencia alterará cualitativamente a la variable dependiente (Y) BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR, el que fue medido en base a los siguientes criterios:

a) La observación del maestro respecto al desempeño académico del niño dentro del salón de clase.

b) Aplicación de un examen de conocimientos básicos de acuerdo al programa oficial de la SEP. del primer año de educación básica de lecto-escritura y cálculo.

c) Promedio general de calificaciones de 6.9 como máximo.

Por su ubicación geográfica, podemos considerar a todos los sujetos en el mismo nivel socio-económico. Sin embargo esto se comprobó con los expedientes elaborados por los departamentos de trabajo social en ambos planteles. Esta actividad a su vez permitió la comparación y control por homogeneización del nivel educativo de los padres.

Todas las demás variables intervinientes sexo y edad se controlaron por homogeneización.

3.B.7 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Fué un estudio comparativo entre dos muestras, una experimental y un grupo control.

Yb X Ya N1 = Grupo control

Yb X Ya N2 = Grupo experimental.

En este tipo de diseño se corre el riesgo de la falta de equivalencia entre los grupos, en variables distintas de X.

Se partió de que los grupos son equivalentes en cuanto a las variables intervinientes, así como de la equivalencia en Yb (bajo rendimiento escolar) estadísticamente demostrada. (Tabla 1).

3.B.8 INSTRUMENTOS

Una vez demostrada la equivalencia entre ambas muestras se procederá a aplicarles la batería psicológica a fin de detectar cambios en Ya que sólo puedan ser atribuidos a la presencia de la variable X.

A) TEST GUESTALTICO VISO-MOTOR DE L. BENDER

Es importante señalar que el empleo de este test como instrumento en la presente investigación únicamente sirvió para descartar la presencia de alguna posible disfunción

cerebral en las dos muestras; así como para correlacionar estadísticamente, el número de errores presentados por las dos muestras (N1 y N2). En base a la escala de Maduración de Elizabeth M. Koppitz (1963-1973=.

En lo que respecta a los indicadores emocionales, únicamente se mencionan, sin darles valor predictivo, ya que consideramos que se tendrían que corroborar con alguna otra prueba proyectiva

El test Guestáltico de Bender o Test Guestáltico visomotor, tal como fue ideado por Laurette Bender, consiste en nueve tarjetas (tamaño 10X15cm.). Los nueve dibujos son adaptaciones de figuras que Wertheimer (1923), utilizó en experimentos sobre la percepción.

A los niños a los que se les aplica el test, se les piden que copien los dibujos uno cada vez, con un lápiz del No. 2, en una hoja de papel, pero si lo desean pueden utilizar más de una. No importando el tiempo, que tarda en realizar las figuras.

Después de que un niño ha finalizado la copia de las nueve figuras, el exáminador posee un registro gráfico del desempeño del niño. Dicho registro refleja el nivel de madurez en la percepción viso-motriz y puede revelar posibles disfunciones o deterioros en la integración viso-motora.

Durante los últimos quince años, en la mayoría de los estudios con niños se ha empleado la escala de maduración según Koppitz (1963-1973). Este método es muy fácil y rápido de usar; ha sido estandarizado para niños de 5 años 0 meses a 10 años 11 meses, en intervalos de 6 meses. La puntuación de un niño en la escala de maduración del test de Bender solamente puede ser interpretada correctamente si se tiene en cuenta la edad cronológica del niño. Una puntuación del test de Bender tiene por ejemplo, significados muy diferentes si se trata de un niño de 6 años o de uno de 10 años.

Según el sistema de puntuación de la escala de maduración de Koppitz, cada dibujo es puntuado en lo que respecta a distorsión de la forma, rotación, falta de integración de las partes del dibujo y perseveración, siempre que así lo requiera.

En total hay 30 ítems puntuables, teóricamente un niño podrá obtener una puntuación de 30 en la escala de maduración, pero de hecho un niño raras veces obtiene una puntuación superior a 18 o 20. "Si la puntuación del test va más allá de 20 puntos, el protocolo es difícil de puntuar y todo lo que puede decirse en tal caso es que la percepción viso-motriz del niño está todavía en un nivel inferior a los cuatro años"(1).

Puesto que en el test de Bender se puntúan los errores: una puntuación baja es una buena puntuación, mientras que una alta en el test, indica un pobre desempeño en el mismo.

EL TEST DE BENDER Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR

La escala de maduración del test fue validada en relación al rendimiento escolar global en el primer y segundo grados (Koppitz, 1963, pág. 31). Los estudios realizados

pusieron en evidencia que el test estaba relacionado con el éxito o fracaso en lectura y aritmética, logrando así seleccionar entre los grupos de alumnos con buen desempeño y grupo de niños con dificultades en lectura y aritmética.

Por otra parte, algunos de los niños que inician la escolaridad y tienen malas puntuaciones en el Test de Bender son simplemente jóvenes o inmaduros para su clase; pueden ser niños normales con retrasos evolutivos. No hay nada que "ande mal" en estos niños; necesitan simplemente algo más de tiempo que la mayoría de los niños para madurar. No están listos aún para hacer frente al trabajo escolar en el momento que la ley requiere que comience la escolaridad formal (Snyder y Freud, 1967). Dandoles ese tiempo extra que necesitan para su maduración, muchos de estos niños llegan a ser alumnos destacados.

El éxito o fracaso de los niños en la escuela dependen solamente de forma parcial de su integración viso-motriz; influyen muchos factores en el rendimiento escolar de los pequeños, igualmente importantes, especialmente el desarrollo del lenguaje, la integración oral-visual, la capacidad de seriación, la evocación de símbolos de información y la formación de conceptos. El progreso de un niño en la escuela depende de la combinación y la interacción de todos estos factores.

Sin embargo el test de Bender se correlaciona mejor con aritmética que con lectura. El logro en aritmética se parece al test de Bender en que está principalmente relacionado con la percepción viso-motriz y con las relaciones de parte-a-todo y espaciales; a diferencia de la lectura, la aritmética no depende de la discriminación sonora, de la integración viso-oral ni de la evocación.

EL TEST DE BENDER Y LA HIPERACTIVIDAD.

Como ya se ha mencionado, un problema fundamental de la hiperactividad es la inatención, y se caracteriza por una grave incapacidad para concentrarse en tareas intelectuales, el niño se manifiesta poco hábil para concentrarse en esta tarea. Otra característica importante es la inhabilidad motora o dispraxia, que se puede observar mediante la coordinación motora gruesa y fina, en la primera el niño requiere movimientos amplios, en la segunda podemos describir la habilidad para escribir, cortar con tijeras o la realización de trabajos manuales.

La inmadurez perceptual, está relacionada con la capacidad de ejecución, y es por eso que el grave problema que los niños presentan en la escuela, se debe a estas alteraciones visomotrices.

Aunque la alteración abarque muchos incisos, hay pruebas como el test de Bender, que permite reconocer con una gran precisión el grupo de áreas implicadas. Con este diagnóstico Uriarte en varios estudios encontró las siguientes características en los niños hiperactivos:

a) Rotaciones	21%
b) Fragmentación y desintegración	37%
c) Distorsión	27%
d) Desproporción	48%
e) Sust. de líneas por puntos	18%
f) Sust. de círculos por puntos	30%
g) Perseveración	32%
h) Sust. de curvas por ángulos	23%

Encontrando que el 48% de los niños cometieron errores de desproporción en sus dibujos; siendo esta una característica importante dentro de los niños hiperactivos.

B) TEST DE INTELIGENCIA WISC-R

En cuanto a la escala de inteligencia, Kahuman define a la inteligencia como "la capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar racionalmente y conducirse adecuada y eficientemente en su medio ambiente" (2).

Cada individuo reacciona y se adapta al medio ambiente de manera distinta, por lo que las respuestas son parte de su personalidad. La escala de inteligencia para niños WISC-R, fue desarrollada para buscar una opción más a las escalas de Inteligencia. Esquemáticamente esta prueba tiene 4 niveles de diferenciación y estabilidad de procesos psíquicos:

1) El nivel más profundo, donde se encuentran las fuerzas motivacionales básicas de la personalidad como son los impulsos y miedos profundos, donde interviene de manera inconsciente los procesos del pensamiento.

2) Nivel Superior.- ahí están las formas básicas de adaptación, aquí es donde se encuentran los mecanismos de defensa tales como la represión, intelectualización y negación.

3) En este nivel se encuentran las funciones del pensamiento diferenciadas y las capacidades que surgen en el desarrollo selectivo.

4) Aparecen los productos de esas capacidades selectivas, manifestándose las funciones intelectuales y psicomotoras.

Esta prueba tiene además de estar dividida en 12 subpruebas, ya que la inteligencia está constituida por la habilidad de manejar tanto símbolos, abstracciones y conceptos, así como situaciones y objetos concretos.

Es así, que en la presente investigación se aplicará a los niños de las dos muestras, con el fin de descartar a niños que tengan un CI. subnormal o deficiente, así como a niños que tengan un CI. arriba de la normalidad. También servirá para correlacionar los resultados obtenidos en las diferentes áreas cognoscitivas involucradas en cada subprueba.

Los siguientes cuadros resumen esquemáticamente cada una de las subpruebas del WISC-R; así como su relación con otras áreas.

ANALISIS SUBTEST POR SUBTEST DEL WISC-R

NOMBRE	HABILIDADES COMPARTIDAS CON OTROS SUBTESTS	POSIBLES INFLUENCIAS	HABILIDAD ESPECIFICA
INFORMACION	<ul style="list-style-type: none"> *Comprensión Verbal *Conocimiento adquirido *Información acumulada *Memoria a largo plazo o remota. 	<ul style="list-style-type: none"> *Aprendizaje Escolar Oportunidades culturales *Intereses *Lectura *Posibilidades de estimulación sociocultural 	<ul style="list-style-type: none"> *Conocimiento adquirido
SEMEJANZAS	<ul style="list-style-type: none"> *Comprensión y conceptualización verbales *Grado del pensamiento *Diferenciación de detalles *Razonamiento Verbal *Concepto verbal (Formación) *Expresión Verbal *Categorización 	<ul style="list-style-type: none"> *Intereses específicos *Lectura 	<ul style="list-style-type: none"> *Pensamiento lógico *Pensamiento abstracto *Capacidad de categorización
ARITMETICA	<ul style="list-style-type: none"> *Concentración *Comprensión Verbal *Capacidad de secuencia *Manejo de números *Memoria remota *Razonamiento Numérico 	<ul style="list-style-type: none"> *Aprendizaje Escolar *Atención *Concentración *Ansiedad *trabajo bajo presión *Distractibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> *Habilidad Numérica

NOMBRE	HABILIDADES COMPARTIDAS CON OTROS SUJETOS	POSIBLES INFLUENCIAS	HABILIDAD ESPECIFICA
VOCABULARIO	<ul style="list-style-type: none"> *Formación del concepto verbal *Conocimiento adquirido *Grado de Pensam. Abstrac *Información acumulada *Memoria remota *Expresión Verbal 	<ul style="list-style-type: none"> *Aprendizaje escolar *Oportunidades culturales en casa y socioeconómicas *Intereses *Lectura 	<ul style="list-style-type: none"> *Desarrollo del lenguaje *Conocimiento de palabras
COMPRENSION	<ul style="list-style-type: none"> *Comprensión verbal *Conceptualización verbal *Sentido común (relaciones causa-efecto) *Razonam. verbal *Juicio social *Inteligencia social *Expresión verbal 	<ul style="list-style-type: none"> *Oportunidades culturales en casa y socioeconóm. *Desarrollo de la conciencia y normas sociales 	<ul style="list-style-type: none"> *Información sobre normas sociales. *Evaluación y uso de experiencias pasadas
RETENCION DE DIGITOS	<ul style="list-style-type: none"> *Libre de distractibilidad *Capacidad de secuencia *Facilidad con números 	<ul style="list-style-type: none"> *Atención *Ansiedad *Distractibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> *Memoria inmediata a corto plazo (auditiva)

NOMBRE	HABILIDADES COMPARTIDAS CON OTROS SUBTESTS	POSIBLES INFLUENCIAS	HABILIDAD ESPECIFICA
FIGURAS INCOMPLETAS	<ul style="list-style-type: none"> *Organización perceptual *Comprensión verbal *Capacidad espacial *Diferenciación de detalles *Coord. viso-motora *Percepción visual de estímulos abstractos. 	<ul style="list-style-type: none"> *Habilidad para responder cuando uno no está seguro *Trabajo bajo presión de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> *Atención visual *Reconocimiento e identificación visual *Memoria visual remota
COMPOSICION DE OBJETOS	<ul style="list-style-type: none"> *Organización perceptual *Organización espacial *Capacidad de síntesis *Coord. visomotora Percepción visual de estímulos significativos 	<ul style="list-style-type: none"> *Habilidad para responder cuando uno no está seguro *Experiencia previa con rompecabezas * Trabajo bajo presión de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> *Habilidad para beneficiarse de la retroalimentación sensoriomotora *Anticipación de las relaciones entre las partes. *Flexibilidad
CLAVES	<ul style="list-style-type: none"> *Libre de distractibilidad *Secuenciación *Manejo numérico *Funcionamiento integrado del cerebro *Habilidad lápiz-papel *Reprod. de modelos *Coord. viso-motora *Percepción visual de estímulos abstractos 	<ul style="list-style-type: none"> *Ansiedad *Distractibilidad *Trabajo bajo presión de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> *Capacidad para seguir instrucciones *Velocidad y exactitud *Velocidad psicomotriz *Memoria visual inmediata

NOMBRE	HABILIDADES COMPARTIDAS CON OTROS SUBTESTS	POSIBLES INFLUENCIAS	HABILIDAD ESPECIFICA
LABERINTOS	<ul style="list-style-type: none"> *Organización perceptual *Funcionamiento integrado del cerebro *Uso de lápiz y papel *Organización visual sin participación motora *Percepción visual de estímulos significativos 	<ul style="list-style-type: none"> *Habilidad para responder cuando uno no está seguro *Experiencia previa en resolución de laberintos 	<ul style="list-style-type: none"> *Seguimiento de un patrón visual *Anticipación visual
ORDENAMIENTO DE DIBUJOS	<ul style="list-style-type: none"> *Org. Perceptual *Comprensión verbal *Sentido común *Diferenciación detalles *Funcionamiento integrado *Planeación y síntesis *Org. y percep. visual *Razonam. no verbal *Juicio social 	<ul style="list-style-type: none"> *Oportunidades culturales *Exposición a tiras cómicas *Trabajo bajo presión de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> *Capacidad de anticipar *las consecuencias *Secuencia temporal y concepto de tiempo
DISEÑO DE CUBOS	<ul style="list-style-type: none"> *Organización perceptual *Organización espacial *Funcionamiento integrado *Reproducción de modelos *Capacidad de síntesis 	<ul style="list-style-type: none"> *trabajo bajo presión de tiempo *Entrenamiento 	<ul style="list-style-type: none"> *Análisis del todo en sus partes *Formación de conceptos no verbales *visualización espacial

C) ESCALA DE HIPERACTIVIDAD PARA MAESTROS DE URIARTE.

Aunque existe una elaborada tecnología para producir instrumentos psicológicos, la mayoría de la evidencia parece indicar que las ventajas prácticas de los sofisticados y elaborados procedimientos de calificación son mínimos. Por tanto, es imposible inclinarse por uno u otro instrumento. Ciertos atributos básicos de confiabilidad y validez, por supuesto, necesitan ser considerados por lo que aquellas escalas que aunque parezcan interesantes, no han publicado datos de validez y confiabilidad no han sido incluidas en el presente trabajo. La selección de la evaluación para niños en cualquier estudio debe estar basada sobre ciertos criterios e hipótesis de trabajo, lo cual permitirá discriminar el uso de unas escalas en preferencia de otras.

Es así que, en el presente trabajo se empleará la escala para maestros de Uriarte como criterio para discriminar entre los niños que presentan hiperactividad y los que no.

Sin duda alguna, la aplicación de las escalas de evaluación es el método más objetivo con que se cuenta a fin de determinar la manera en que los maestros perciben las diferentes conductas de sus alumnos. En primer lugar se obtiene información de su problemática y en segundo lugar se puede valorar si se presenta una modificación de la sintomatología cuando se pone en marcha un procedimiento terapéutico. Una de las escalas más utilizadas es la de Conners 1970, en la que cada ítem se califica en 4 grados de intensidad. (Nunca, Ocasional, Frecuente y muy Frecuente). En el caso de este autor, debió realizar una escala propia, pues al aplicarla en México, observó las características siguientes: algunos ítems describían una sola conducta infantil, por ejemplo. CARRIES A CHP ON HIS SHOULDER= belicoso, peleonero; BULLIES OTHERS= agresivo, FIGHTS CONSTANTLY= se pelea con frecuencia; de esta manera, se podría resumir en una sola palabra como agresivo.

Otra de las dificultades observadas por el Dr. Uriarte, fue que la traducción al español resultaba difícil de entender para algunos maestros. Por lo que fue necesario elaborar tres generaciones de escalas no sólo los ítems de Conners (1970), sino también los de la escala Stewart (1966), Clements y Peters (1981). Las escalas del autor se han comprobado durante tres generaciones con lo cual han adquirido a una confiabilidad del 82%.

De los resultados obtenidos, se desprende que el 100% de los maestros consideró que el hiperquinético tenía bastantes dificultades para mantener fija la atención en su trabajo escolar. Con un 92% aparece la decidia que al parecer es una consecuencia directa de la falta de atención, en tercer lugar, con el 88% aparece la inquietud y en cuarto lugar con 77% el egocentrismo.

CUESTIONARIO PARA MAESTROS, DE VICTOR URIARTE

I CONDUCTA	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
1.- Intrínquilo (constantemente se levanta del asiento, mueve las manos y los pies)				
2.- Distruido (dificultad para concentrarse, se distrae con cualquier cosa)				
3.- Agresivo (molesta a los demás niños y busca pelea).				
4.- Destructivo (rompe los útiles de la escuela).				
5.- Impulsivo (no mide las consecuencias de sus actos)				
6.- Mentiroso (acostumbra mentir a los demás).				
7.- Antipático (es rechazado por los demás niños).				
8.- Tramposo (hace trampa en los juegos y no sabe perder).				
9.- Desafiante (niega la autoridad del maestro).				
10.- Impúdico (hace cosas obscenas, emplea un vocabulario sucio y practica juegos sexuales).				
11.- Egoísta (busca llamar la atención de los demás niños, así como de los maestros).				
12.- Rebelde (no obedece las instrucciones escolares, es lento, teatral y voluntarioso).				
13.- Desoloso (tarda mucho en hacer los trabajos y no los termina).				
14.- Inmaduro (comparado con el resto del grupo, sus actitudes parecen más inmaduras e infantiles).				
15.- Desmemoriado (olvida fácilmente lo aprendido).				
16.- Inútil (es torpe para los trabajos manuales, los ensucia y/o rompe los materiales).				

II. SEGUN SU CRITERIO, ¿EN QUE SITIO COLOCARIA USTED A ESTE NIÑO?

- () El niño que causa más dificultades en clase
() El segundo más conflictivo
() En otro lugar

III. ¿CUANTOS NIÑOS COMO ESTE O SEMEJANTES TIENE USTED EN EL SALON DE CLASES?

- 0()
1()
2()
3()
4()
5()
6()

IV. APRENDIZAJE DEFICIENTE

1. Dictado.....() 5. Matemáticas.....()
2. Copia() 6. C. Sociales.....()
3. Lectura.....() 7. C. Naturales.....()
4. Pronunciación.....()

V. COOPERACION DE LA FAMILIA	NUNCA	OCCASIONALMEN.	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
*1.- ¿Ha mandado usted llamar a los padres del niño?				
*2.- ¿Hace mal las tareas o no las lleva?				
*3.- Falta a clases				
*4.- Llega con retardo				

VI. Considera usted que el niño tiene inteligencia:

() ABAJO DEL PROMEDIO () NORMAL () ARRIBA DEL PROMEDIO

VII. Cantidad total de alumnos que tiene usted en el salón:

1. 20.....()
2. De 20 a 40..()
3. Más de 40....()

VIII. ¿QUE ACTITUDES LE SON UTILES PARA MANEJAR A ESTE NIÑO?

IX. ¿CUALES CONDUCTAS DESEARIA QUE MODIFICARA EL NIÑO?

D) PRUEBA DE CONOCIMIENTOS GENERALES.

Es fácil subestimar la función que desempeñan los tests en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Muy a menudo los consideramos al final de la unidad o del curso, y pensamos que su propósito primordial es servir de base para asignar las calificaciones del mismo. Sin embargo su objetivo principal, como el de la enseñanza misma, es el de mejorar el aprendizaje y dentro de su contexto más amplio hay algunas contribuciones específicas que pueden esperarse de ellos. A continuación se enumeran algunas:

- 1.- ¿En qué medida están preparados los estudiantes para las experiencias de aprendizaje que habrán de tener?
- 2.- ¿En qué momento sería beneficioso hacer una revisión general al material del curso?
- 3.- ¿Cuáles estudiantes avanzan rápidamente que pueden beneficiarse con un programa especial de enriquecimiento?
- 4.- ¿A qué estudiantes se debería alentar para que consideraran la materia como su principal campo de estudio?
- 5.- ¿Cuáles estudiantes tienen problemas de aprendizaje tan graves que requieran instrucción individual o que se tomen medidas especiales?

Es así que los resultados de los exámenes no solamente revelan las deficiencias del aprendizaje de cada estudiante, también pueden revelar carencias de la enseñanza cuando se consideran en su totalidad los resultados obtenidos por un grupo.

Cuando la mayoría de los estudiantes tienen un desempeño pobre respecto de los ítems del examen, ello tal vez responda a una falla de los estudiantes, pero lo más probable es que la dificultad se encuentre en la propia enseñanza.

Los tests de aprovechamiento pueden servir para muchos propósitos. Pueden determinar si los estudiantes tienen los antecedentes necesarios para aprovechar un curso (est previo), precisar el grado en que han dominado el material básico del curso (Test de dominio), descubrir las dificultades específicas del aprendizaje (test de diagnóstico) y evaluar sus progresos hacia los objetivos del curso (test de reconocimiento o de aprovechamiento general).

Es así que en el presente trabajo se optó por utilizar un test de dominio; ya que este tipo de test se usan siempre que haya aspectos esenciales mínimos que todos los estudiantes deben conocer por completo. Este test puede incluir conceptos como una tabla de multiplicación, vocabulario básico y conocimientos y destrezas que sean indispensables para el aprendizaje futuro. Por lo general, el test de dominio se limita a un aspecto del curso y los ítems tienden hacia un grado bajo de dificultad.

En lo que respecta al presente examen de conocimientos generales, fue basado en los conocimientos básicos que los niños de primer año de educación básica deberían haber adquirido durante el primer trimestre de enseñanza, en base al programa de la SEP. Así mismo este examen fue revisado por

el director de la escuela y las maestras de grupo. Lo que nos sirvió para detectar el bajo rendimiento escolar en las áreas de lecto-escrituray cálculo en los niños de las dos muestras.

3.B.9 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

A partir de los datos agrupados en la tabla # 1, aplicándose el estadístico de prueba t con $\alpha = 0.05$ y 95 % de confianza en dos colas, se demostró que no hay diferencias significativas entre el promedio general de calificaciones de ambas muestras.

$$\begin{aligned} n &= 20 \\ \alpha &= 0.05 \\ \bar{x} &= 6.05 \\ s &= 0.4850 \end{aligned} \qquad m = 6.01$$

$$H_{inv} \quad M = 6.01$$

$$H_0 \quad M = 6.01$$

$$H_1 \quad M = 6.01$$

H_{inv} : Si existe diferencia significativa entre las calificaciones de ambas muestras.

Como se quiere demostrar $H_{inv} \quad M = 6.01$ con $\alpha = 0.05$ y 95 % de confianza en 2 colas:

$$n-1 = 19$$

$$t(19) = 2.093$$

a) Si $T_c \in [-2.093, 2.093] \Rightarrow$ acepta H_0

b) Si $T_c \in (-\infty, -2.093] \cup [2.093, \infty) \Rightarrow$ rechaza H_0

* Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 .

De la tabla #2 que agrupa los datos obtenidos por ambas muestras al resolver el Test de Bender, se aprecia una marcada diferencia entre ambas ejecuciones. Los hiperactivos cometieron aproximadamente el doble de errores que los sujetos del grupo control. Esto se debió probablemente a los resultados de 4 ítemes específicos: FRAGMENTACION(48), DESPROPORCION (40), SUSTITUCION DE CURVAS POR ANGULOS (20) Y PRSEVERACION (40).

En general, los diseños fueron dibujados con exageración, sustituyendo curvas por ángulos y desintegración de las figuras tangenciales; los problemas aparecieron principalmente en la precisión motora fina.

Con respecto a la muestra de sujetos control, el reactivo más importante es el de fragmentación (24), en ninguno de ambos casos se registraron indicadores sugerentes de disfunción cerebral o daño neurológico. Tomando en cuenta la relación Bender-bajo rendimiento escolar reportado en la bibliografía podemos observar la importancia de los factores inatención- impulsividad- hiperactividad motora en los sujetos hiperactivos.

Es importante señalar que el desempeño global de los modelos giestálticos realizados por el grupo control es homogéneo en comparación con el del grupo experimental.

El mayor índice de errores cometidos por los sujetos del grupo experimental corresponden a 2 ítemes del factor de inatención.

En lo que respecta a los indicadores emocionales, los niños hiperactivos presentaron los siguientes: macrografía, sustitución de puntos por rayas, expansión (empleando hasta 9 hojas para los dibujos) y orden confuso.

Por su parte los niños de la muestra control presentó los siguientes indicadores emocionales: línea fina, segundo intento de dibujo, aumento progresivo de tamaño y macrografía.

De la tabla #3, que agrupa los datos correspondientes al WISC.-R, es conveniente examinarlos primero de forma general, segundo, factor por factor y por último subprueba por subprueba.

De forma general, esta prueba psicológica arroja resultados congruentes con la anterior. Nuevamente, los sujetos hiperactivos presentan registros numéricamente más deficientes y de ciertas áreas específicas. Sin embargo, no se reportan individuos de CI anormales. Ambas muestras están conformadas por individuos de inteligencia normal, en un rango de 90 a 110. No se encontraron diferencias significativas entre los CI de las escalas verbal y ejecución.

El factor de Inatención, aparece como el más importante. Se encuentran en él tres subpruebas sobre las que recae el peso de la puntuación: Aritmética (6), Retención de Dígitos (9) y Claves (7). Dichas subpruebas se repiten en

el factor Impulsividad, agregándose laberintos (6). Respecto a la hiperactividad motora la subprueba de Ensamble de Objetos es numéricamente hablando más alta (8) que la de Diseño con cubos (7). Aritmética, claves laberintos y retención de dígitos presentan las calificaciones más deficientes. Los sujetos presentan habilidades incompletas para las matemáticas, presentando un rendimiento por debajo del promedio en los reactivos orales de aritmética, lo cual también puede ser resultado de lo precipitado de sus respuestas. En cuanto a su funcionamiento intelectual, la muestra de hiperactivos manifestó irregularidades en su patrón de habilidades. Es interesante observar los puntajes obtenidos en Comprensión (13) y vocabulario (10), tareas verbales que implican juicios práctico-sociales y razonamiento (observándose un puntaje más elevado en comparación con las demás áreas verbales. En general lo que afectó a la subprueba vocabulario fué lo precipitado de las respuestas y la perseveración en las mismas.

Realmente, los reactivos que causaron problema fueron los de aritmética, retención de dígitos y los que suponían destreza viso-motora rápida con un lápiz (laberintos). Para el grupo control, las puntuaciones más bajas fueron obtenidas en las subpruebas de semejanzas (8 y claves (8), ya que implican el tipo de pensamiento, capacidad de categorización, velocidad y seguimiento de instrucciones.

El factor involucrado en estas áreas son ansiedad y distractibilidad. Las puntuaciones más altas fueron en las subpruebas de comprensión (14) y figuras incompletas (18) que involucran juicio práctico, social y memoria a largo plazo. A comparación de los niños hiperactivos, la muestra control mostró un desempeño promedio en las áreas comprometidas con la inatención y la impulsividad.

Con respecto a la tabla #4, la que reporta los resultados de la Escala de Hiperactividad para maestros, la situación es básicamente la misma, sobre la muestra de hiperactividad recae el peso de las puntuaciones, gráficamente hablando, las proporciones se doblan. Los maestros perciben a los sujetos hiperactivos, en su mayoría, como antipáticos, tramposos, desmemoriados y egocéntricos, ninguno de estos adjetivos es adjudicado a la muestra control. Son percibidos como los más problemáticos del salón de clases, con un desempeño académico general más bajo que los sujetos normales.

Es importante hacer notar, que los maestros de la muestra (1), reportaron la presencia de "chicos problema" en su salón de clases, al cuestionarseles en qué consistía el problema, manifestaron intranquilidad motora. Es también destacable la situación de que al pedirseles información sobre las conductas que desearan modificar, el 90% de los

maestros respondió Hiperactividad " quisiera que se estuviese sentado por lo menos un momento".

Respecto al desempeño académico, los maestros reportan el mayor déficit en las áreas de Matemáticas y Dictado, así como de la lectura acerca de esta última, reportaron percibir que el niño se aburría y no prestaba atención.

Con respecto a la pregunta sobre la asistencia a clase, el retardo, la muestra control no la respondió ya que la disciplina escolar no permite el retardo ni la inasistencia a menos de que ésta última esté justificada.

En lo que respecta al examen de conocimientos, se observó que tanto en los niños hiperactivos como en los del grupo control, causó ansiedad, ya que pensaban que era un examen "para reprobarlos".

Sin embargo, a pesar de que ambos grupos mostraron dificultad para responder el examen, existieron diferencias en cuanto a las dos áreas exploradas, lecto-escritura y cálculo.

En los niños hiperactivos se observó un desempeño pobre en el área de cálculo, ya que se apresuraban a escribir sus respuestas en problemas y sumas de dos dígitos, así como restas. Sin embargo, en el área de escritura se observó una pobre coordinación para el trazado de letras, lo que hacía que sus respuestas fueran poco legibles. En el área de lectura se observó que tendían a sustituir unas palabras por otras, esto debido a la rapidez de su lectura.

En la muestra control su desempeño fue homogéneo, es decir no se observaron indicadores significativos de diferencias en el desempeño de las diferentes tareas del examen.

TABLA No.- 1

		P R O M E D I O		G E N E R A L	
No.-	SEXO	$N_1 =$ control	$N_2 =$ experimental	$(X_1 - X)$	
1	MASC	6.9	6.8	0.5625	
2	MASC	5.6	6.0	0.0025	
3	MASC	6.8	6.9	0.7225	
4	MASC	5.7	5.6	0.2025	
5	FEM	6.3	6.2	0.0225	
6	FEM	5.4	5.5	0.3025	
7	MASC	6.8	6.7	0.4225	
8	MASC	5.7	5.4	0.4225	
9	MASC	6.5	6.5	0.2025	
10	MASC	5.0	5.2	0.7225	
11	MASC	6.2	6.1	0.0025	
12	MASC	6.3	6.2	0.0225	
13	MASC	6.0	5.8	0.0625	
14	MASC	5.8	5.6	0.2025	
15	MASC	6.2	6.0	0.0025	
16	MASC	5.3	5.4	0.4225	
17	MASC	6.1	5.9	0.0225	
18	MASC	6.5	6.0	0.0025	
19	MASC	6.0	6.4	0.1225	
20	MASC	5.1	5.9	0.0225	
	TOTAL	1202	1201	4.47	
	MEDIA	6.01	6.05	S = 0.4850	

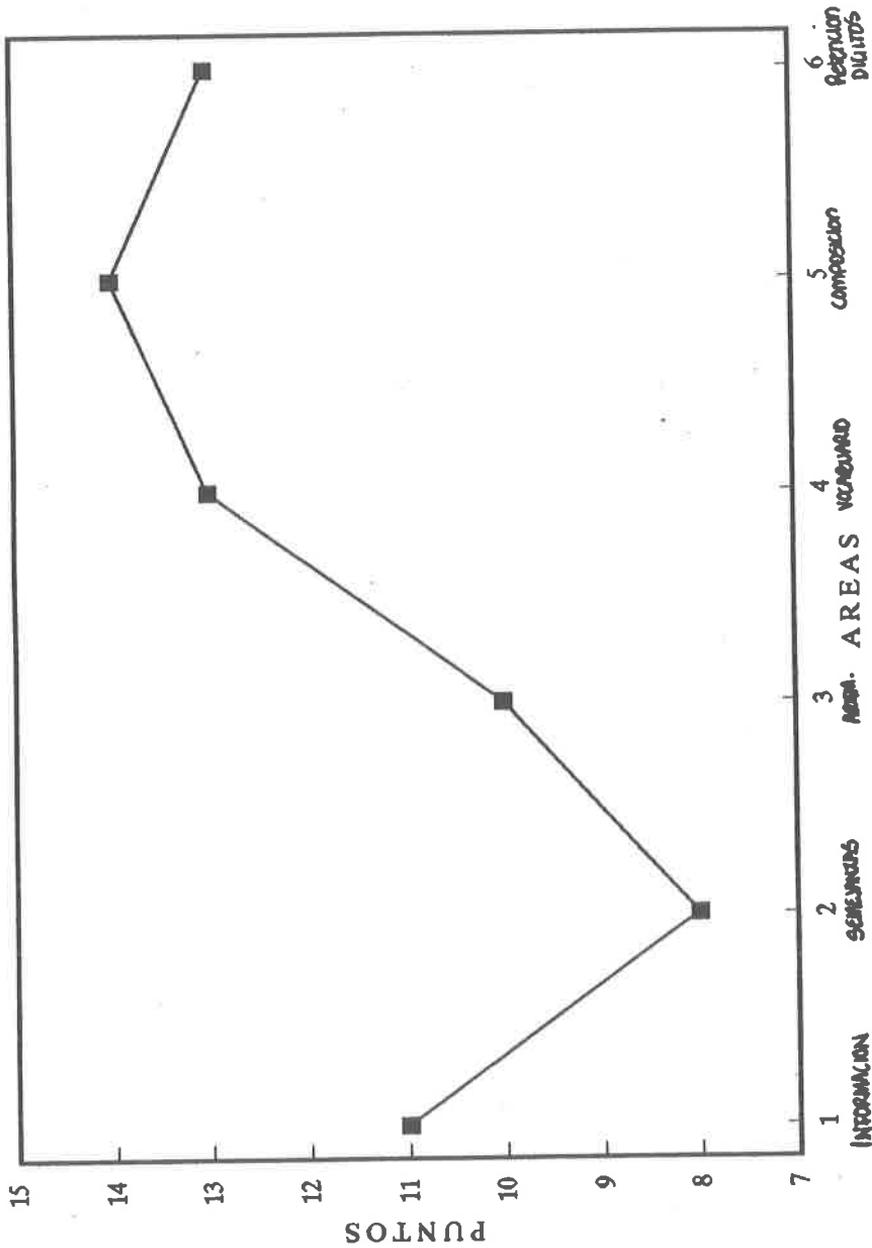
TABLA No. 2

TEST DE BENDER

		INATENCIÓN				IMPULSIVIDAD				HIPERACTIVIDAD		
		ROTACION	FRAGMENTACION	DESPROPORCIÓN	PUNTOS POR LINEAS	CIRCULOS POR PUNTOS	CURVAS POR ANGULOS	INTEGRACION	MOTORA	TOTAL		
N1 =												
CONTROL	50	24	15	---	4	4	30	16	143			
TOTAL	160	60	40	60	120	120	140	60	660			
PORCENTAJE	31.25%	40.00%	37.50%	0.00%	33.30%	20.00%	21.43%	26.67%	21.66%			
N2 =												
EXPERIMENTAL	72	48	40	10	16	20	28	40	278			
TOTAL	160	60	40	60	120	120	140	60	660			
PORCENTAJE	45.00%	80.00%	100.00%	16.66%	13.33%	100.00%	20.00%	66.67%	42.12%			
TOTAL	122	72	55	10	20	28	58	56	421			

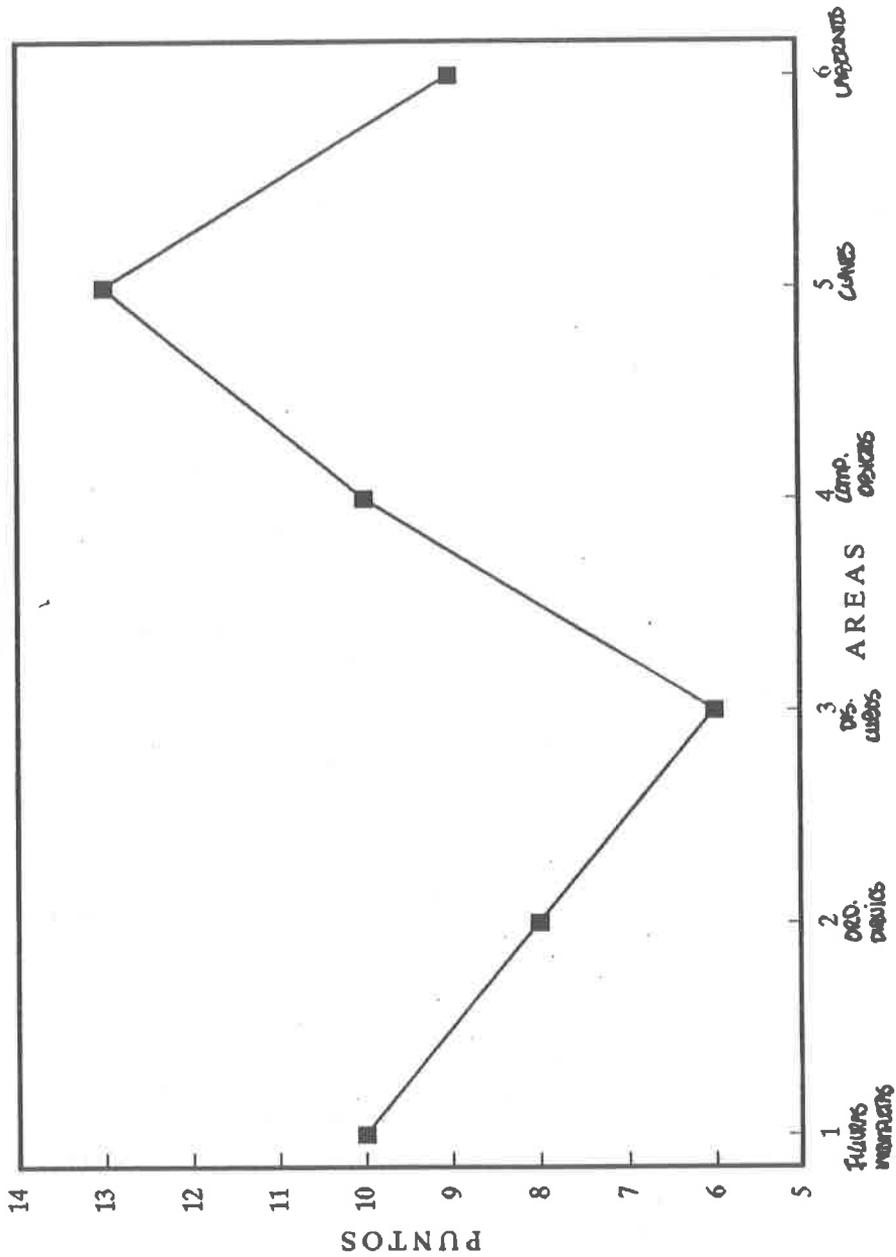
RESULTADOS WISC-R

VERBAL N1

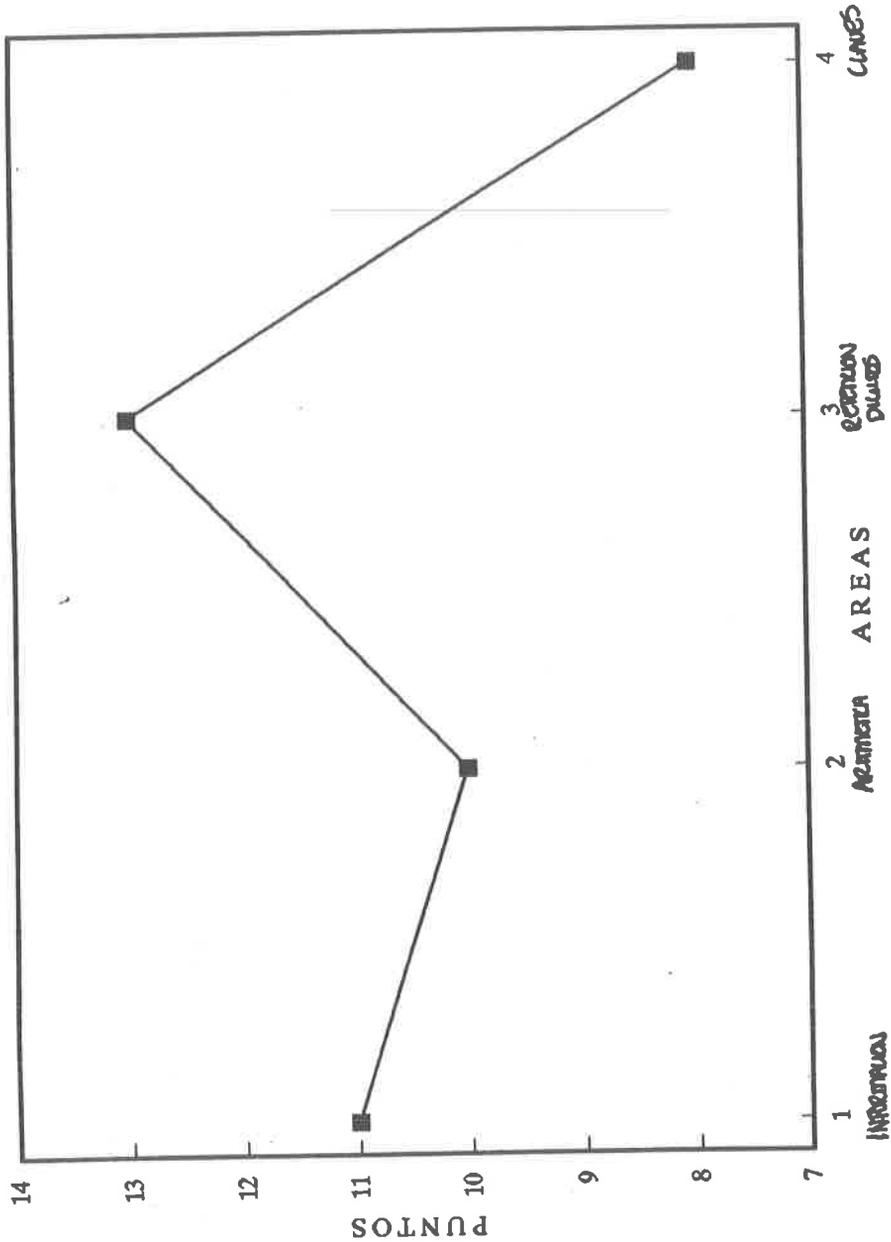


RESULTADOS WISC-R

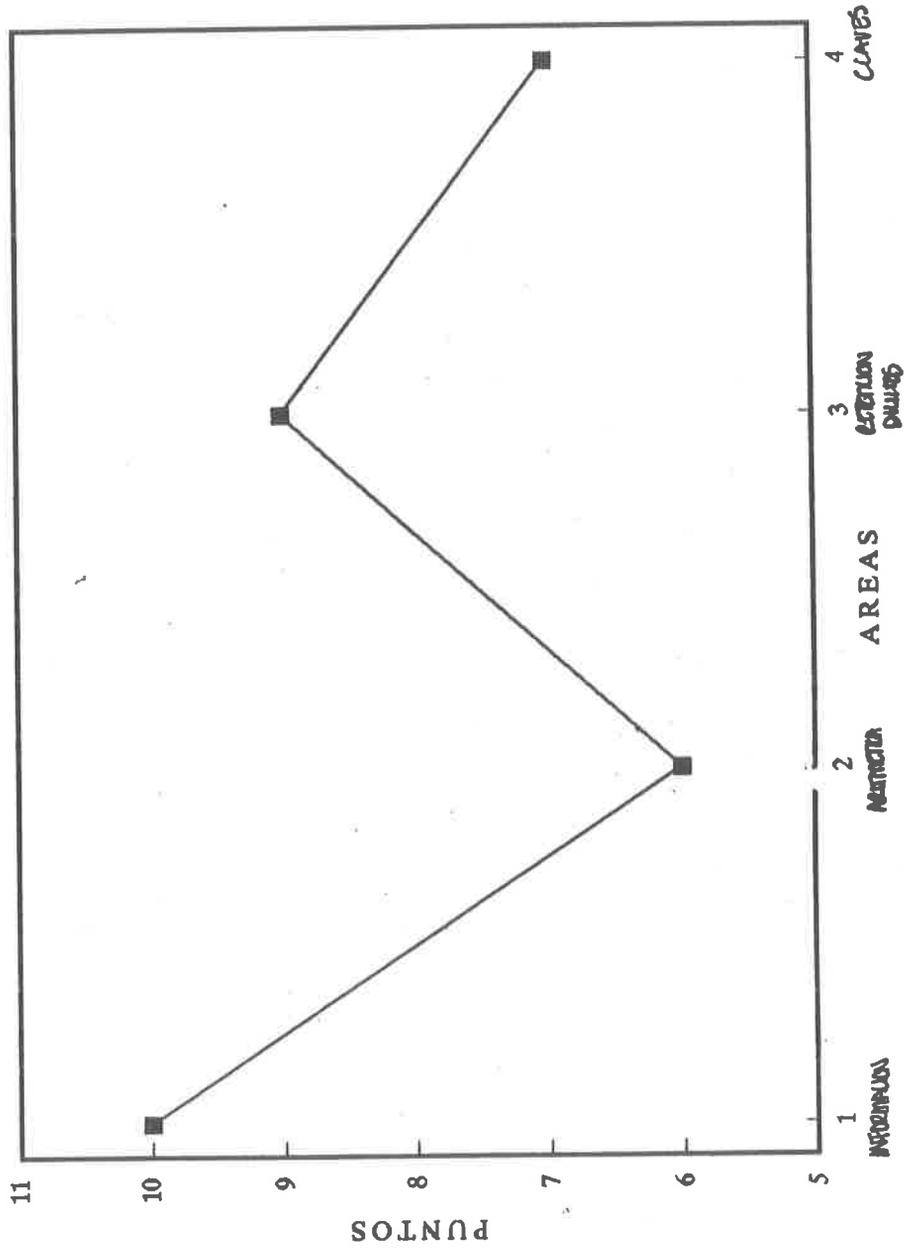
VERBAL N2



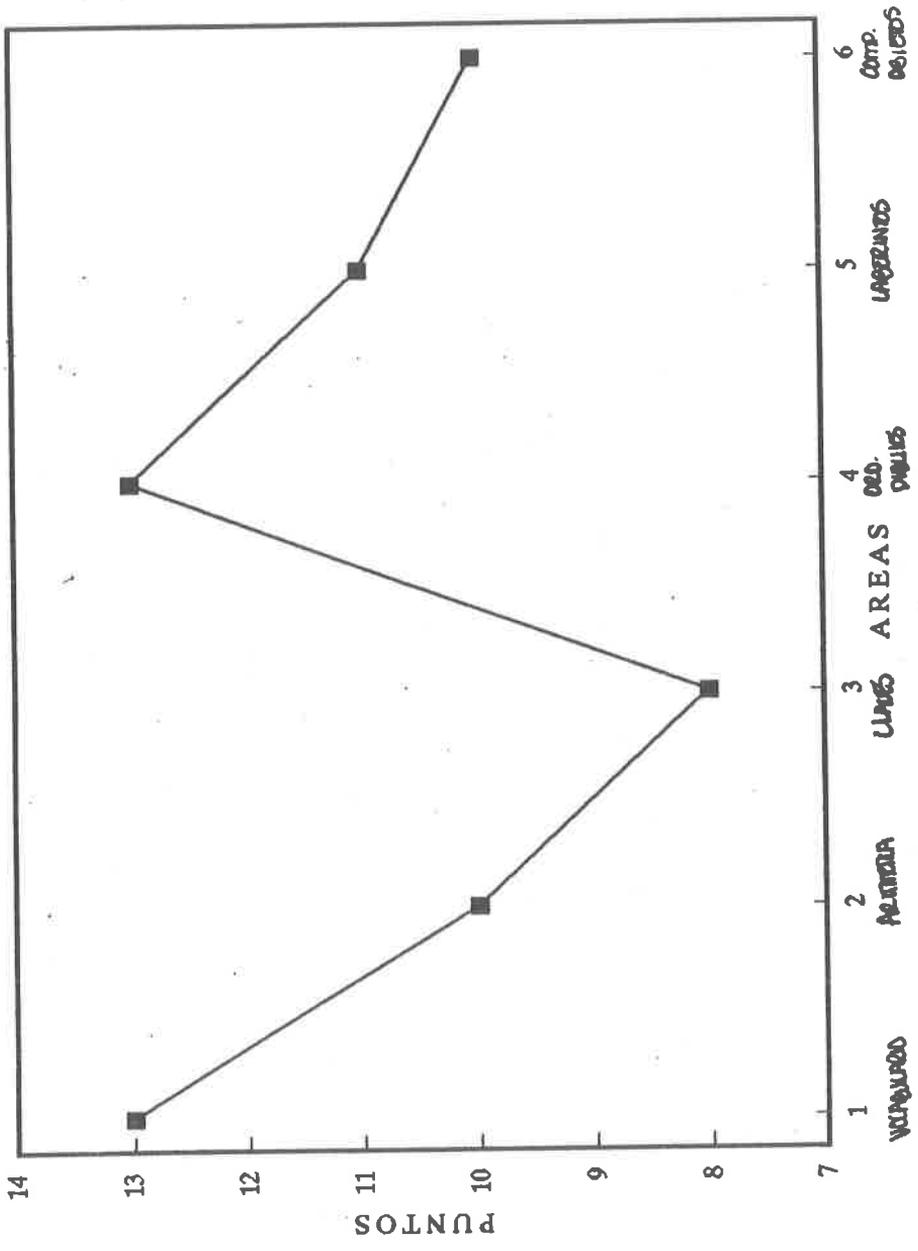
INATENCION N1



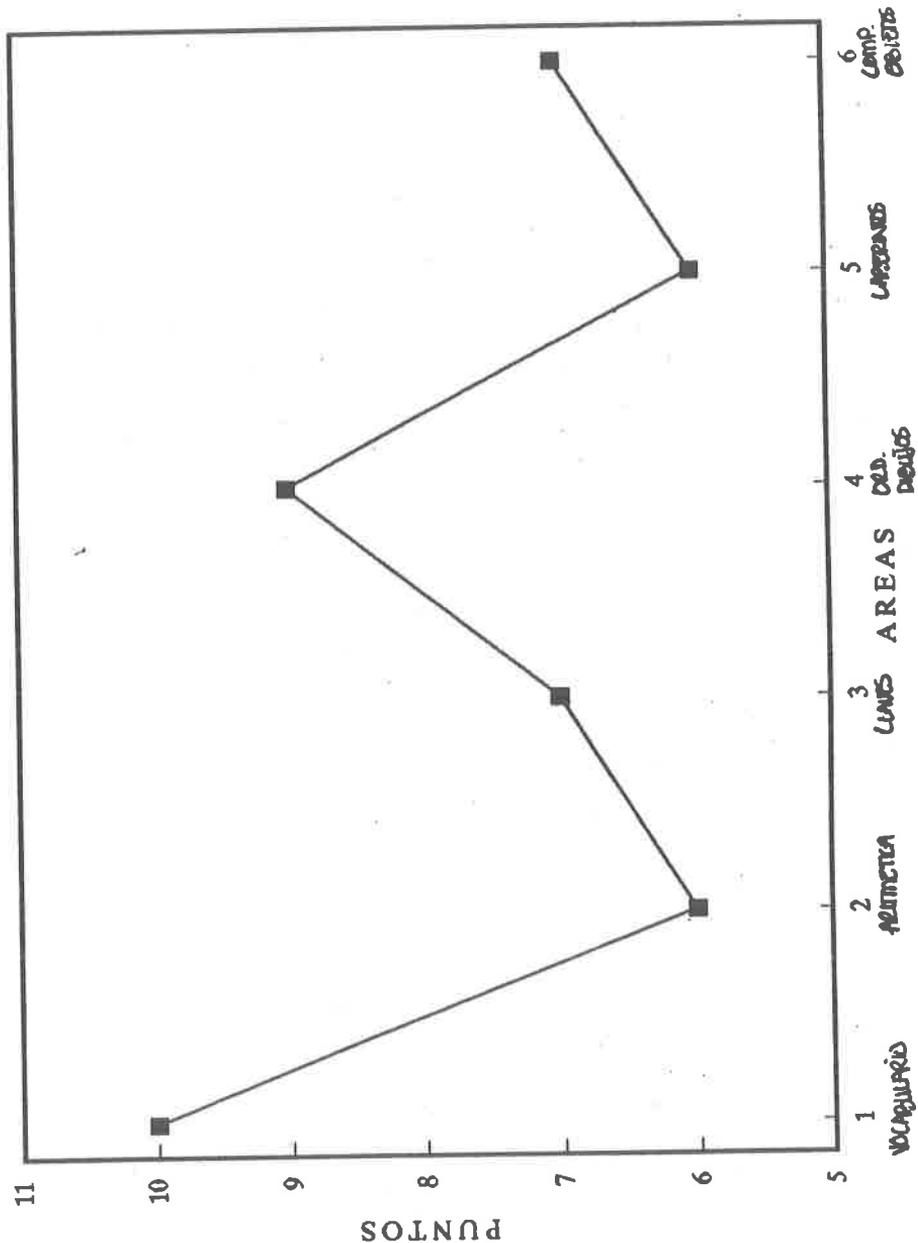
INATENCION N2



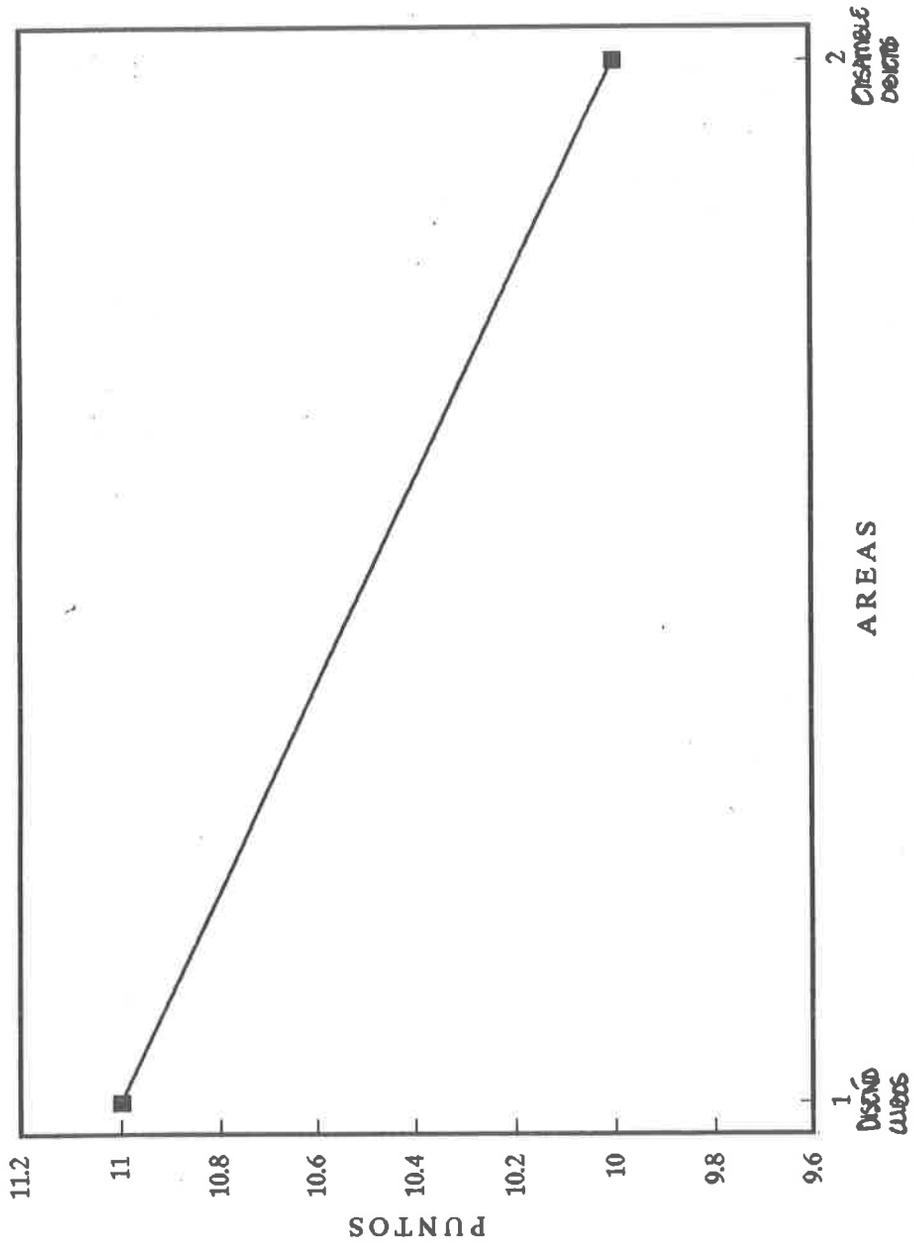
IMPULSIVIDAD N1



IMPULSIVIDAD N2



HIPERACTIVIDAD N1



HIPERACTIVIDAD N2

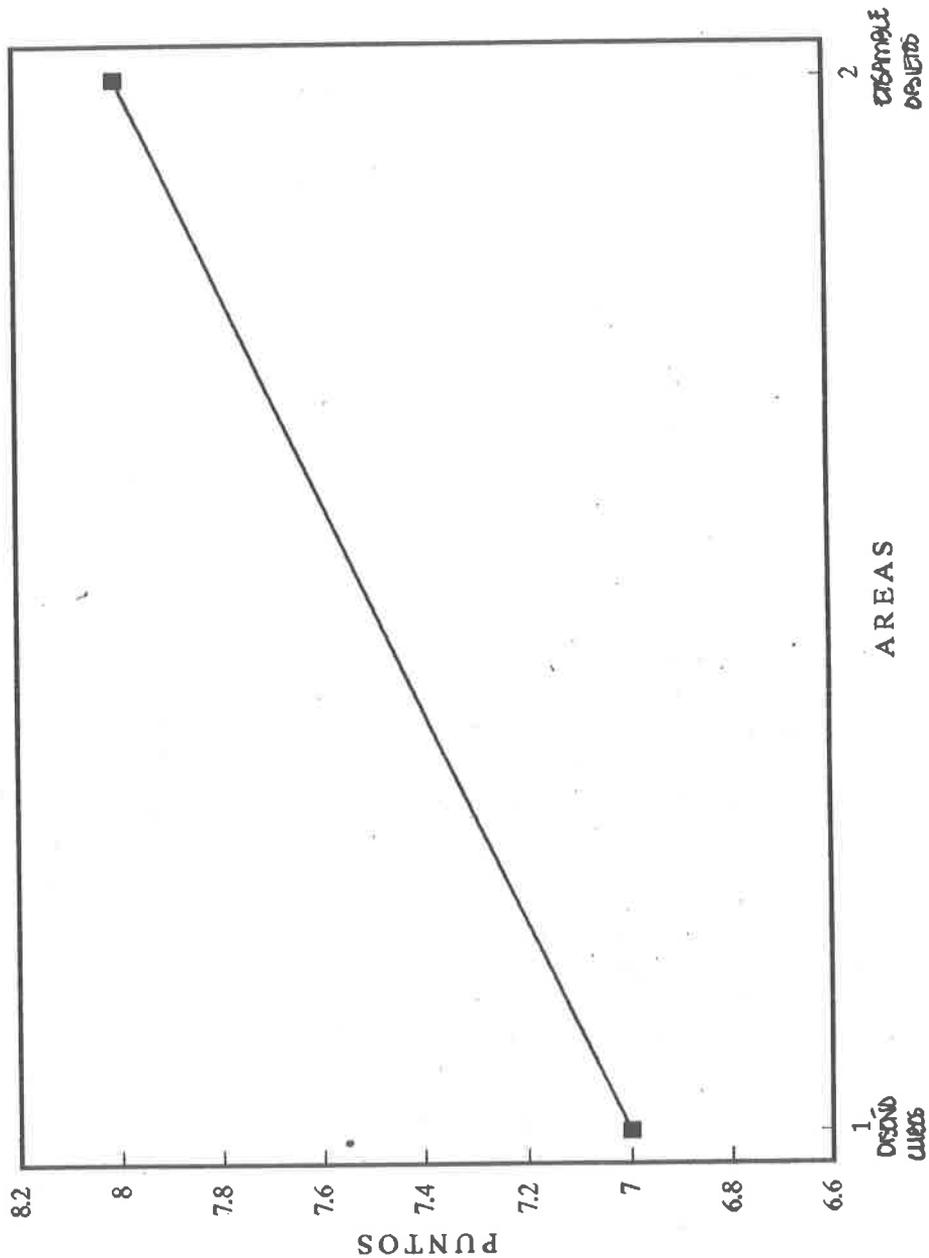
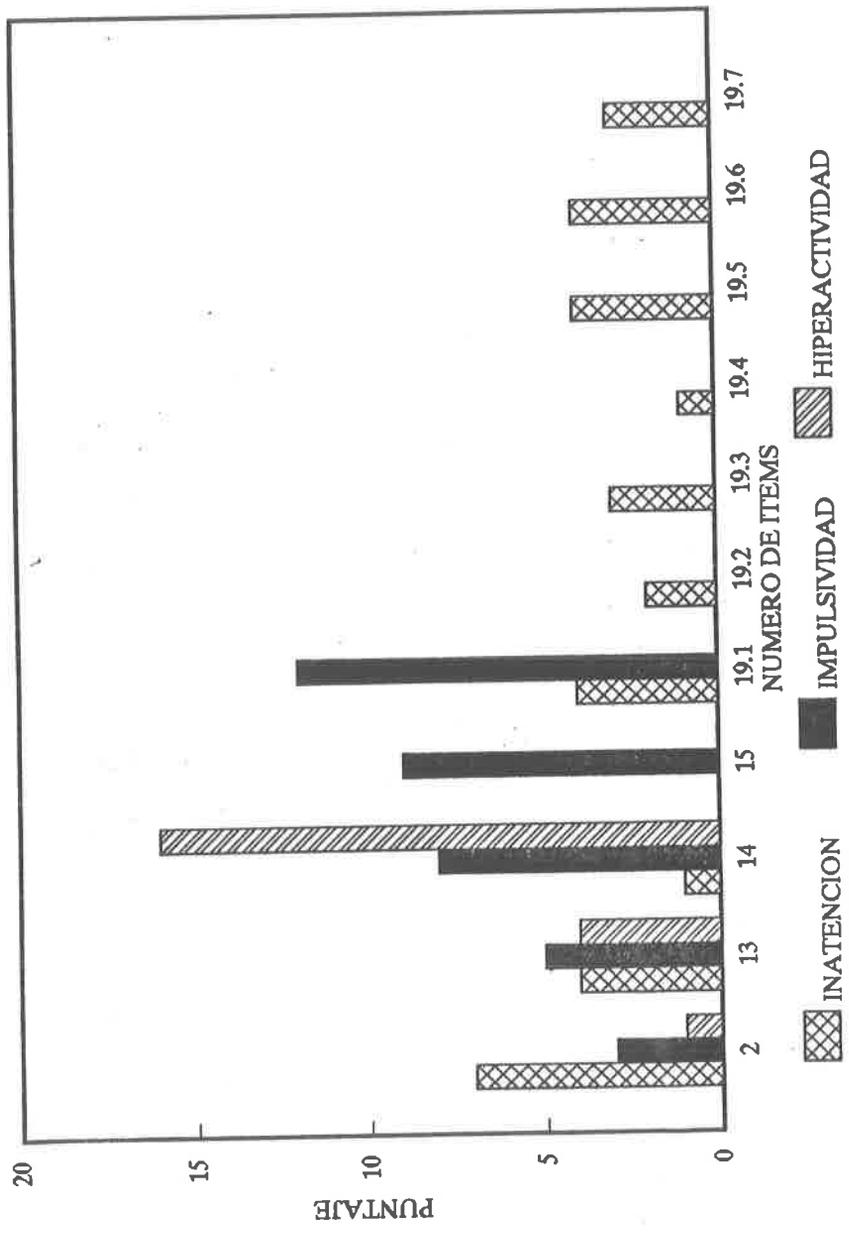


TABLA 4-A

ESCALA DE HIPERACTIVIDAD PARA MAESTROS (V. URIARTE)							
No. DE ITEM	N2= Hiperquinético				N1= Control		
1 Intranquilo	18 ;	90%			6 ;	30%	
2 Distráido	20 ;	100%			7 ;	35%	
3 Agresivo	15 ;	75%			2 ;	10%	
4 Destructivo	10 ;	50%			0 ;	0%	
5 Impulsivo	14 ;	70%			1 ;	5%	
6 Mentiroso	13 ;	65%			1 ;	5%	
7 Antipático	12 ;	60%			0 ;	0%	
8 Tramposo	11 ;	55%			0 ;	0%	
9 Desafiante	13 ;	65%			4 ;	20%	
10 Impúdico	4 ;	20%			1 ;	5%	
11 Egocéntrico	15 ;	75%			0 ;	0%	
12 Rebelde	14 ;	70%			1 ;	5%	
13 Desidioso	18 ;	90%			4 ;	20%	
14 Inmaduro	11 ;	55%			1 ;	5%	
15 Desmemoriado	14 ;	70%			0 ;	0%	
16 Inhábil	15 ;	75%			1 ;	5%	
El niño que causa... Cuántos niños...?	20 ;	100%			2 ;	10%	
Dictado	7 ;	35%			3-30%	5-10%	4-11%
Copiado	5 ;	25%			4 ;	20%	
Lectura	7 ;	35%			2 ;	10%	
Pronunciación	4 ;	20%			3 ;	15%	
Matemáticas	4 ;	20%			1 ;	5%	
C. Sociales	8 ;	40%			4 ;	20%	
C. Naturales	5 ;	25%			4 ;	20%	
Ha mandado llamar...?	5 ;	25%	30%	25%	3 ;	15%	
Hace mal las tareas...?	5%	35%	30%	25%	3%	20%	18%
Falta a clases	5%	15%	35%	45%	2%	10%	15%
Llega con retardo	35%	20%	40%	5%			
	70%	10%	20%	5%			
Tipo de Inteligencia	15%	80%	5%		15%	85%	0%
Cantidad de alumnos					0%	100%	0%

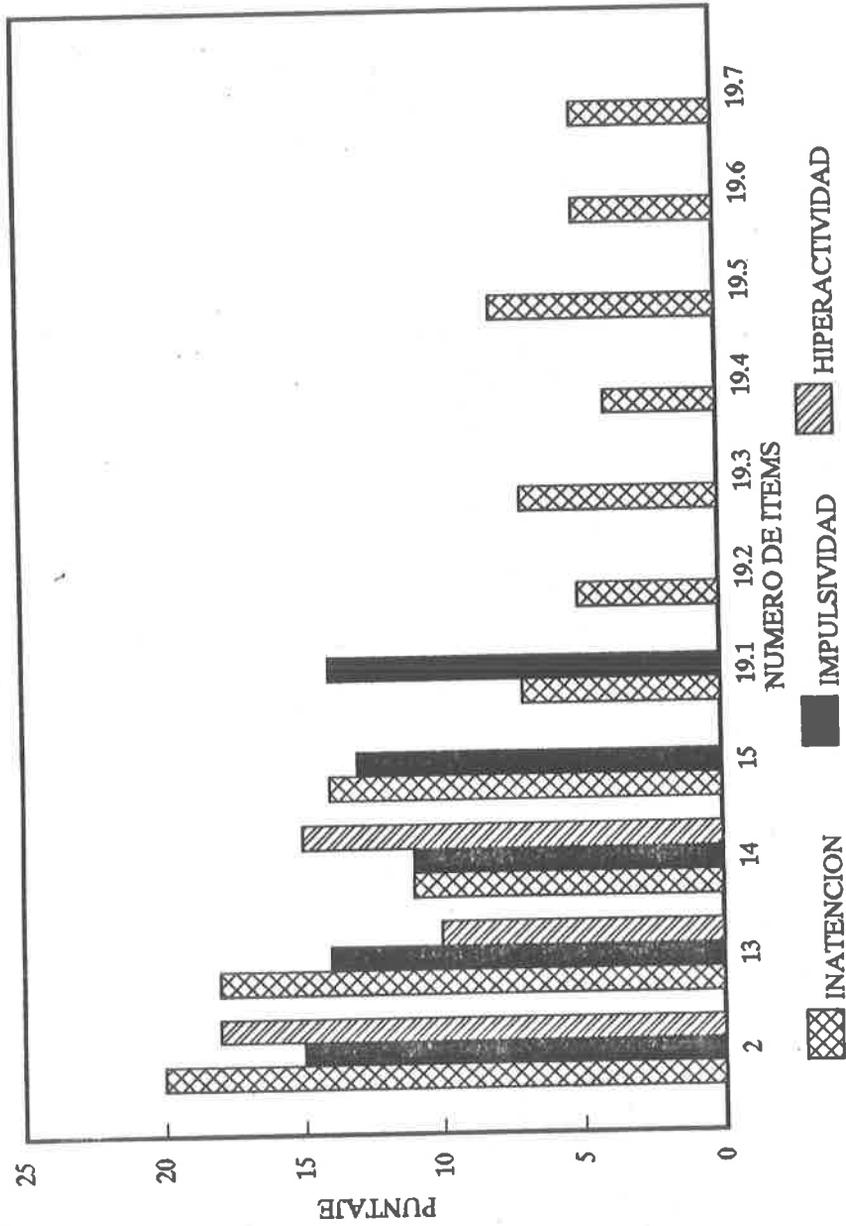
ESCALA PARA MAESTROS N1

TABLA No.4B



ESCALA PARA MAESTROS N2

TABLA No.4B



CAPITULO IV

CONCLUSIONES

-En base a los resultados obtenidos en el test de Bender y en el test de Inteligencia WISC-R los items que requerían fijación de la atención se encontraron decrementados. En los niños hiperactivos el aprendizaje se bloquea debido a que el lapso de atención es muy corto, confirmando así nuestra hipótesis de investigación.

- El bajo rendimiento académico de los niños hiperactivos parece mostrar un patrón heterogéneo de ejecución y mayor nivel de deficiencia, debido probablemente al factor de inatención más que a la hiperactividad motora misma.

- Los hiperactivos son intelectualmente capaces, pero manifestando al mismo tiempo sutiles debilidades en su estructura cognoscitiva, lo cual lo hace más vulnerable a las tensiones del ambiente y les obliga a reaccionar exageradamente a los estímulos externos. Estos problemas se reflejan en sus reacciones impulsivas y en la inquietud constante de su conducta.

- Las condiciones conductuales del trastorno, han enmascarado posibles incapacidades primarias de aprendizaje, creyendo que ésto es lo que constituye el impedimento más serio para la adaptación al contexto educativo.

- Las principales dificultades de los niños hiperactivos, están en su incapacidad para enfocar, mantener y organizar su función, y para inhibir sus respuestas impulsivas. Estas dificultades suelen reflejarse en algunas pero no en todas las pruebas psicológicas. En las pruebas individuales de Inteligencia, los resultados suelen ser más variables que los de los niños normales. En el Bender Gestalt obtienen puntajes bajos sin presentar indicadores de alguna disfunción cerebral. Asimismo, en la Escala de Inteligencia para niños (WISC-R), no se observan discrepancias entre el área verbal y la de ejecución que pudieran estar vinculadas con la hiperactividad.

- Una posible sugerencia práctica para la evaluación de la hiperactividad, sería la de examinar el rendimiento del niño en tareas cognoscitivas que requieran esfuerzo concentrado durante un determinado periodo de tiempo.

- Con frecuencia, los niños hiperactivos son medicamentados, para controlar su hiperactividad motora, el programa educativo debe tener como objetivo principal ayudarles a mantener su atención y controlar sus respuestas impulsivas, y no al contrario como comúnmente se realiza.
- Surge la necesidad de efectuar mayores investigaciones al respecto de la causalidad, hiperactividad-trastornos de aprendizaje, ya que al pensar que estos últimos causan a la primera, implica toda una nueva orientación metodológica y terapéutica desde el punto de vista de la psicología educativa para abordar eficazmente el TDAH.
- Es necesaria la investigación longitudinal al respecto, a fin de poder evaluar un posible cambio en las dificultades que rodean al trastorno al variar el enfoque terapéutico.
- Son varios los factores que intervienen en el bajo escolar, van desde deficiencias físicas hasta trastornos emocionales o incluso puede tratarse de una falta de método para estudiar. Es por eso, la imperante necesidad de contar con un psicólogo educativo para que sea él quien averigue las causas de la falta de aprovechamiento.
- Una adecuada técnica educativa, así como la orientación del aprendizaje hacia formas más dinámicas y creativas por parte del maestro, podrán lograr un medio ambiente más emotivo y que de como resultado lograr la atención del estudiante y un punto de partida importante para lograr un óptimo aprendizaje.
- Los padres y maestros deberán dejar de atribuir tanta importancia a las calificaciones, ya que éstas no siempre corresponden a los conocimientos reales del niño, hay que tener en mente que los niños van a la escuela a aprender y no a sacar buenas calificaciones.
- Los exámenes pueden mejorar la efectividad de las decisiones educativas, si proporcionan información más objetiva sobre la cual fundamentar nuestros juicios. Es decir, un examen previo al inicio del curso ayudará a determinar el grado en que los alumnos poseen los antecedentes necesarios para aprovechar el curso. Y los exámenes periódicos a lo largo del curso, pueden proporcionar testimonios para determinar la mejor manera de agrupar a los estudiantes, diagnosticar, remediar las dificultades del aprendizaje y tomar decisiones relativas a colocación y canalización del niño.

APENDICES

APENDICE 1

CASO ILUSTRATIVO

HISTORIA CLINICA

PROCEDECENCIA: CLINICA DE LA ATENCION
LUGAR: HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: JUANITO
EDAD: 6 AÑOS 2 MESES
SEXO: MASCULINO
F. DE NACIMIENTO: 14 DE SEPT. 1987
LUGAR DE NACIMIENTO: México D:F:
DOMICILIO: Playa guitarón 344 col. Reforma
Iztaccihuatl
ESCOLARIDAD: Primer año de primaria.
RELIGION: Católica
INFORMANTE: Patricia F.M. (madre)
F. DE INGRESO: 6 de marzo de 1992
F. DE HISTORIA: 6 de marzo de 1992

MOTIVO DE CONSULTA.:

Canalizado de la clínica de la conducta por: Inquietud, distractibilidad, agresividad, destructibilidad, desobediencia y torpeza en sus movimientos.

PADECIMIENTO ACTUAL:

La madre lo refiere inquieto desde el embarazo, "desde que estaba embarazada sus movimientos eran muy intensos, pensaba que eran dos" sic. ; incluso posterior al parto dentro del hospital en la instancia de cuneros, el personal de enfermería les llamó la atención ya que fué de todos el más inquieto, " las enfermeras me dijeron que iba a tener problemas con él por su inquietud" sic. En la medida que avanza en edad el paciente, su inquietud también fué más notoria y en aumento, " no puede estar quieto un sólo momento, ni para comer, ni para ver T.V., en la escuela también son constantes los reportes por lo mismo" sic.

Distractibilidad, la madre se da cuenta de ello, ya que en la familia existen dos primos de la misma edad aproximada del paciente y la comparación la refiere totalmente diferente " siento que no pone atención a las cosas ni para ver la T.V., ni para comer, ni para jugar, siempre repite los mismos errores como si no se diera cuenta, además de que no termina una actividad cuando ya está empezando otra y así sucesivamente" sic. Dentro de la exploración de la clínica

de la conducta, le refieren a la madre lo mismo en esta área. Esta característica la mare la refiere a partir de los dos años de edad.

Impulsividad, hace las cosas sin pensar, no mide el peligro " él no le teme a nada, se sube a lugares riesgosos, atraviesa la calle sin fijarse, parece que los carros no le dan miedo, cuando no se le concede lo que quiere, hace un gran berrinche y además lo quiere en el momento"sic.

Agresividad, ésta la refiere desde que el paciente inicia la marcha " lo golpea a uno para que le haga caso"sic., tiene reacciones en su afecto de manera desproporcionada ante pequeños estímulos, las cuales son intensas pero de duración breve.

Destructividad, tanto a sus juguetes, como muebles, etc. "las cosas no le duran nada"sic.

Dentro de la escuela los reportes son en base a su inquietud, distractibilidad, y desobediencia, motivo por el cual y gracias a una amiga de la madre, es canalizado a la clínica de la conducta en donde posterior a una evaluación, deciden canalizarlo a éste hospital para tratamiento.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelos paternos: el abuelo con problemas de "oxigenación cerebral", la abuela fallecida por causas desconocidas. Abuelos maternos: el abuelo de 62 años con cardiopatía no especificada, la abuela de 61 años hipertensa. Padre 30 años aparentemente sano, dibujante. Madre de 39 años de edad, con secuelas de fiebre reumática del tipo de la corea de Sydenham, además de bronquitis asmátiforme, negociante de ropa. No hermanos. Dos tíos maternos con problemas de tipo asmático, resto de los antecedentes negados.

DESARROLLO PSICOBIOLOGICO

Es el segundo de un total de dos embarazos, el primer embarazo terminó n aborto al parecer espontáneo, el embarazo del paciente ocurrió a la edad materna de 36 años, producto de una relación fugáz de la madre, deseado por ella no por el padre, no planeado por ambos, ante el embarazo la madre reacciona con alegría, en cuanto al padre, la madre lo refiere de esta manera " no sé la reacción de él, pero él sabía que mi anhelo era tener un hijo no un hombre" sic., las expectativas de sexo " siempre supe que era niño, si me decían que era niña me enojaba"sic, el curso del embarazo fué normal con atención prenatal desde el primer trimestre, considerado por la madre como embarazo "valioso", y por el médico como embarazo de alto riesgo por las secuelas de la fiebre reumática parto a término, atendido en medio hospitalario, con trabajo de parto de 14 horas, ruptura de

membranas provocada durante el trabajo de parto, distócico, por intervención cesárea por desproporción pélvica de la madre "plana", bajo B.P.D., sin datos aparentes de hipoxia, con talla de 51 cms, peso de 2760grs, desconoce APGAR. Mirada conjugada a los tres meses, sostén cefálico " casi desde que nació"sic. al parecer al mes de edad, " por su misma inquietud se volteaba solo y en dos ocasiones se cayó del moisés"sic, sedestación 4 meses, no presentó gateo, sostiene con ayuda a los 7 meses, primeros pasos con ayuda 8 meses, marcha sin ayuda a los 9 meses, sonrisa social a los 2 meses, extiende a los 6 meses, primeros fonemas a los 2 años, primeras frases a los 3 años, habla más articulada a los 4 años, control de esfínteres inician a los 3 años 6 meses, la madre lo inició a esta edad sentándolo en la nica de dos a tres horas, consolidando a los 3 años 8 meses, y lo anterior por ser requisito para ingresar al kinder.

PERSONALES PATOLOGICOS

Inicia a los 5 meses de edad con cuadros bronquiales de repetición, "desde que ingresó a la guardería empezó a estar enfermo"sic, con una frecuencia de 2 a 3 cuadros cada dos semanas en promedio, refiere la madre que notó cierta asociación entre el ingreso a la guardería y la recurrencia de los cuadros bronquiales " cada vez que lo llevaba a la guardería se enfermaba, tenía muchas faltas por esto"sic, al año dos meses es llevado a dos centros hospitalarios en donde ambos coinciden en el diagnóstico de problema de tipo asmático, tratado con salbutamol y ampicilina, en el periodo de las crisis controladas por horas en varios servicios de urgencias, aunado con medidas generales en casa, se encuentran como factores desencadenantes: cambios bruscos de temperatura, algodón, humedad y "berriches".

De los 5 meses a los 3 años 6 meses, presenta cuadro caracterizado por cianosis generalizada, casi pérdida del estado de conciencia, también tono muscular flácido generalizado secundario a berrinches, golpes y caídas leves. Traumatismos frecuentes sin llegar a pérdida del estado de conciencia debido a su inquietud, resto de los antecedentes negados.

INFANCIA

Lo consideran como un niño "tremendo" dado la sintomatología antes descrita, lo refieren cariñoso, sociable, pero termina jugando solo dado que no se integra al grupo de juego por sus características, la madre hace la referencia que dado que es el único niño en casa, y por sus problemas de vías respiratorias es un niño muy protegido, " tal parece que a él le gusta enfermarse, y sabe que me desagrada, siento que soy muy débil ante sus enfermedades, me siento impotente, nada más estoy pegada a él, busca mis

atenciones, siempre se las doy, pero más en estos momentos"sic.

HABITOS:

ESCOLARES: De los 5 meses de edad al año dos meses, ingresó a una guardería en donde lo sacaron por sus problemas de vías respiratorias, aparentemente no era reportado como inquieto, del año tres meses a los tres años, ingresa a una escuela con cuidados maternos, es ahí donde inician los reportes de su conducta, es sacado dado que a la abuela la iban a operar y como era ella quien lo recogía pasó una temporada sin escuela. Posteriormente ingresa al kinder, reportado con las mismas características aunado a problemas de aprendizaje.

PSICOSEXUAL: A decir de la madre, a partir de los tres años, es cuando inicia preguntas acerca de diferencia de genitales entre los sexos y de dónde vienen los bebés, a lo que la madre contesta y al parecer queda satisfecho el paciente, sin especificar más al respecto.

SUEÑO: Desde pequeño dentro del primer mes de vida, el paciente tuvo dificultades en su ciclo vigilia-sueño, ya que se pasaba más tiempo despierto que dormido, ya sea llorando o jugando con sus manitas hasta que en la edad de 7 u 8 meses logra tener un ritmo de sueño semejante al de la madre.

ALIMENTACION: "Siempre fué pequeño muy difícil, no se satisfacía ", por lo que la madre agrega alimentación leche-artificial además de la materna aunado con una débil succión " chupaba como muy poquito y por eso tardaba mucho, eso de desesperaba"sic., habilitación a partir de los 3 meses a base de papillas, y jugos, hasta el momento actual la madre se queja de que "come muy poco para tantas energías que gasta"

EXAMEN MENTAL

Se trata de paciente masculino de edad aparente mayor a la que dice la madre que tienen, acompañado de la madre, buen alio y aseo, en actitud libremente escogida, desinhibida, con movimientos constantes, deambulación por el consultorio, la madre actúa reprimiendo estas conductas de manera verbal, a lo que el paciente no responde aunado con la inquietud se aprecia cierta ansiedad, en sus movimientos se aprecia con dificultad en coordinación motora en un principio gruesa y posteriormente en la fina. La atención impresionada disminuida y por periodos cortos, ya que constantemente cambia de actividades y siempre hay que repetirle las preguntas, ante estímulos dentro del consultorio fácilmente se distrae dejando de hacer la actividad que estaba realizando en ese momento, pero a pesar de lo anterior entiende y obedece órdenes

sencillas, se aprecia cierta dificultad en la orientación espacial, de los objetos dentro del consultorio aunque ubica arriba-abajo, atrás-delante; su lenguaje es emitido en tono e intensidad oscilantes, llegando a gritar y en otros momentos casi llega a musitar lo que dice, se aprecia trastornos ya que existen omisiones de letras, sobre todo R, sustituciones de la r con la L, su velocidad en ocasiones es aumentada utiliza un vocabulario en el que se nota cierta riqueza en términos que el paciente sabe su significado, haciendo un uso adecuado, sabe partes corporales, utiliza la mano derecha como la pierna y piés derechos cuando se le pide algún movimiento, conoce colores primarios y algunos secundarios, se torna opositorista al momento de relatar algún cuento, o de pedir deseos, refiriendo que no sabe, su nivel intelectual impresiona dentro de límites normales ya que a pesar de su distractibilidad, entiende el vocabulario del entrevistador, saca conclusiones de pequeños problemas, puede realizar similitudes y establecer diferencias, se aprecia dentro de su afecto con cierta desinhibición, impulsividad, y con un umbral bajo a la tolerancia de frustración, impresionando con cierta exaltación afectiva ante estímulos pequeños con mucha expresión a las pautas de conducta, pero son breves, se autodfine como un niño alegre. Dentro de la exploración de sus movimientos, se aprecia una coordinación motora tanto gruesa como fina con problemas de ejecución, en movimientos alternados, pruebas de marcha (agallo-gallina, punta talón etc.) y la toma de lápiz y movimientos de prensión, impresiona con tono muscular bajo generalizado, prueba dedo-nariz.

ESTUDIO PSICOLOGICO COMPLETO

REGISTRO No: 46530
MOTIVO DEL ESTUDIO: MISMO

ACTITUD OBSERVADA DURANTE LAS SESIONES:

Se presentó al consultorio un menor de edad aparente superior a la cronológica en compañía de su madre y abuela materna. Las condiciones de higiene y aliño personal se encontraban adecuadas.

En general el paciente siempre se mostró platicador, alegre, y dispuesto sobre todo a dibujar. En la primera sesión al darle una orden no la aceptaba con facilidad, por lo que su evaluación se dificultó sobremanera, además de que por lo general se mostraba inquieto, distraído, y teniendo que dejar un tiempo entrecada aplicación de las pruebas, prestarle el material que más le llamaba la atención o permitirle dibujar para después continuar con la evaluación, costándole mucho trabajo terminar las cosas que iniciaba y cuando se le insistía que terminara lo hacía de mala manera. En la segunda sesión la actitud de juanita cambió

notablemente al entrar al consultorio y encontrar trabajando a otro niño casi de su edad, provocó que Juanito se tornara muy cooperador y sumamente tranquilo sin necesidad de prestarle ningún material para llamar su atención.

Al realizar su Bender, hace comentarios nombrando figuras como "papá, mamá e hijito" y pregunta constantemente si sus dibujos están bien hechos o no y al llamarle por su nombre aclara que ya no se llama Juanito sino como su papá.

Su lenguaje es amplio y estructurado, su tono de voz es adecuado pero presenta dificultad para pronunciar la "R" y la "L", sus respuestas varían en amplitud y espontaneidad dependiendo del interés que despierte la pregunta se formule.

BATERIA APLICADA:

- 1.- Test Gestáltico Viso-motor de Bender
- 2.- Test de la Figura Humana de F. Goodenough
- 3.- Escala de Inteligencia para niños WISC-R
- 4.- Exámen de articulación de palabras de M. Melgar
- 5.- Test de HTP de Hammer
- 6.- Test de la Familia de Colman
- 7.- Entrevistas

RESULTADOS:

BENDER:	NORMAL	
FIGURA HUMANA:	Edad Mental de 6 años 5 meses	
WISC-R	C.I.	DIAGNOSTICO
ESCALA VERBAL	94	NORMALIDAD
ESCALA DE EJECUCION	97	NORMALIDAD
ESCALA TOTAL	95	NORMALIDAD

INTERPRETACION DE RESULTADOS:

La reproducción de los modelos gestálticos es normal, de acuerdo a su edad cronológica encontrándose un nivel de maduración perceptual entre los 6 y 8 años.

En la Fig Humana, la representación del esquema corporal es desproporcionada presentando únicamente: cabeza, tronco, extremidades inferiores, ojos y cabello, lo cual lo ubica en una edad mental de 6 años 5 meses que en comparación a su edad cronológica está arriba del promedio.

El análisis de los procesos cognoscitivos nos da los siguientes resultados: Juanito tiene una buena dotación natural lo que le permite abstraer información general del medio ambiente, siendo estimulado por éste en forma adecuada y favoreciendo el

desarrollo de su vocabulario y la facilidad de expresión verbal. Su pensamiento es lógico y concreto, su capacidad de juicio y comprensión es aceptable lo que nos indica que es capaz de comprender y solucionar en forma correcta problemas de la vida cotidiana.

Los conceptos de cantidad y tamaño ya se han establecido, e inicia la adquisición de los conceptos numéricos.

Juanito muestra interés por situaciones de la vida cotidiana siendo observador de lo que sucede a su alrededor, posee buena capacidad de memoria y aprendizaje, así como destreza manual y digital, presencia eficiencia en la planeación y coordinación viso-motriz. Su capacidad de análisis y síntesis y la reproducción de los modelos abstractos funcionan de amneraadecuada.

Presenta dificultad en la pronunciación de los fonemas "r" y "l" observándose que ésta no es constante ya que hay palabras en donde si logra pronunciarlas correctamente y en otras donde no, por lo tanto se aprecia que estos fonemas se están adquiriendo y estableciendo en su vocabulario.

A nivel proyectivo, se tuvo poca información debido a que los dibujos que realizó no tienen una buena conformación ni hay una clara diferenciación entre ellos, además de mostrarse renuente a contestar el test de frases incompletas

Sus historias son cortas, fragmentadas y sin un desenlace congruente. Los principales temas en ellas son el deseo de tener una familia un padre y satisfacer las demandas de afecto y la percepción de un medio hostil y agresivo.

Juanito es impulsivo, poco tolerante a la frustración y agresivo, aunque esta agresividad la utiliza como defensa ante el medio ambiente rechazante que lo rodea, reaccionando con rebeldía ante las órdenes que se le dan.

Manifiesta una gran necesidad de tener el afecto de los demás principalmente de sus padres, sin embargo también expresa agresividad pasiva hacia ellos, ya que no satisfacen esta demanda por lo que desea castigarlos pero al mismo tiempo se culpa de estos deseos.

A su madre la percibe distante y muy normativa. Desea tener un padre para identificarse y para que satisfaga sus necesidades de contacto emocional. A la abuela la considera agresiva y la figura dominante dentro del núcleo familiar y con la que tiene mayor relación afectiva

IMPRESION GENERAL

El paciente se ubica en un nivel intelectual de normalidad potencialmente superior y en general su rendimiento es homogéneo.

En el grupo familiar Juan es hijo único de madre soltera, su embarazo no fué planeado pero sí deseado aunque el hecho de embarazarse ocasionó muchos conflictos con su familia al grado de tener que abandonar su casa.

Después de nacer Juan, la madre regresa a su hogar, ella es el sostén de su casa y de la familia pero la inquietud de Juan ocasiona muchas fricciones entre la abuela y la madre, ya que el paciente representa "la deshonra de la familia". La madre por su parte, está conciente que la mayoría de los problemas son por su hijo desesperándose y gritándole sin razón.

Juan carece de una figura paterna, y solo convive con dos de sus tíos a uno de ellos le dice papá aunque éste no está mucho tiempo en casa pues cuando tiene problemas económicos vive con ellos y después se va ocasionando en el niño tristeza y descontrol.

La abuela por su parte, lo conciente y le compra muchas cosas pero cuando es inquieto lo regaña y castiga.

En resumen, el paciente presenta dificultad para obedecer órdenes pero al parecer esto es originado por la falta de límites y la situación emocional en que vive. Además a través de la entrevista se aprecia que la disfunción familiar, el manejo inadecuado que tiene la madre y la abuela materna hacia Juan así como el rechazo que provoca el menor en la madre son factores que influyen en forma importante en la conducta de Juan. Con respecto a su problema asmático, se observa que aparte de su predisposición a problemas bronquiales, la actitud de la madre fomenta que se enferme ante la idea de "presentir cuando se va a enfermar" y la sobreprotección que le tiene.

SUGERENCIAS

1.- Terapia Lúdica con un terapeuta masculino para el manejo de su conflictiva y para que se fomenten los roles masculinos, logrando así una identificación sexual adecuada.

2.- Orientación a la madre para definir roles y haga un manejo adecuado del paciente estableciendo límites

3.- Psicoterapia individual de la madre debido a la conflictiva entre ésta y la abuela.

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

- 1.- A. CHARLES, Catiana. " INVESTIGACION CONTEMPORANEA EN CONDUCTA OPERANTE ". Edit Trillas. 4ª reimpression,1982
- 2.- A.R. LURIA " EL CEREBRO EN ACCION ". Edit. Roca.1989
- 3.- AGUILAR, Guido & LEBI Blanca, " CONDUCTAS PROBLEMAS EN EL NIÑO NORMAL ". Edit Trillas. 1990
- 4.- AJURIAGUERRA, J.De. " MANUAL DE PSIQUIATRIA INFANTIL"Edit. Masson.1983
- 5.- ANASTASI, Annie. "TEST PSICOLOGICOS ".Edit. Aguilar,1982.
- 6.- BENDER,Lauretta. " TEST GUESTALTICO VISOMOTOR"Edit.Paidós México 1991
- 7.- BILL, R. Gearheat. " INCAPACIDAD PARA EL APRENDIZAJE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS". Edit. Manual Moderno.4ª e. 1987
- 8.- CRUICKSHANK, William. " EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL Edit.Trillas. 1967
- 9.- DE LA FUENTE, Muñiz Ramón. " PSICOLOGIAMEDICA " Edit.FCE. 1975
- 10.- DICCIONARIO DE PSICOLOGIA INFANTIL. Edit. FCE.1987
- 11.- FLORES Villasana Genoveva. " COMO EDUCAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE ".Vol. 2 y 3 Edit. Limusa.1991
- 12.-FREUD Ana. "PSICOANALISIS PARA EDUCADORES" Edit. Paidós.1980
- 13.- GAYTON, Arthur. " TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA ".3era edición Edit. Interamericana. 1969.
- 14.- GRANELL, Elena. "TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA".Edit.Trillas.1976.
- 15.- HOWARD, C. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Edit.FCE.16ª Edic. 1987
- 16.- INTRODUCCION A LOS METODOS ESTADISTICOS. Vol I y II U.P.N. SEAD. 1983 SEP
- 17.- I.MYERS Patricia & Donald D. "METODOS PARA EDUCAR A NIÑOS CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE" Edit. LIMUSA,1989.
- 18.- JEROME, M.Salter. "EVALUACION DE LA INTELIGENCIA INFANTIL Y HABILIDADES ESPECIALES" 2ª Edic. Manual Moderno 1992

- 19.- KINSBOURNE & KAPLAN. "PROBLMAS DE ATENCION Y APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS" Edit. Prensa Médica Mexicana.1980
- 20.- LAPLANCHE, J. J. B.Pontalis "DICCIONARIO DE PSICANALISIS" Edit. Labor Barcelona, 2ª reimp.1987
- 21.- Mc.GUIGAN F.J. "PSICOLOGIA EXPERIMENTAL ENFOQUE METODOLOGICO " Edit. Trillas.1986
- 22.- MENESES, Morales Ernesto. "EDUCAR COMPRENDIENDO AL NIÑO" Edit. Trillas.1989
- 23.- MONEAL, José Luis. "CONSULTOR DE PSICOLOGIA INFANTIL, TRASTORNOS DEL DESARROLLO". Vol II Edit. Océano.1990
- 24.- MYKLEBUST, H. R. "TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE" Edit.Científico médica.1971
- 25.-PIAGET Jean, "PSICOLOGIA DEL NIÑO" Edit. Morata, 1984
- 26.- PICK Susan. "COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES" Edit. Trillas.3ª Edic.1988
- 27.-PICHOT, Pierre et.Al."MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-III-R" Edit. Masson.1988
- 28.- RENSHAW Domeena. "EL NIÑO HIPERACTIVO" Edit. Prensa Médica.1986
- 29.- URIARTE Víctor. "HIPERQUINESIA" Edit.Trillas 1989
- 30.- VELASCO Fernández Rafael. "EL NIÑO HIPERQUINETICO" Edit. Trillas.1988
- 31.- WOODWARD Y BIONDO " YO PRIMERO CONVIVENCIA CON NIÑOS DEMASIADO ACTIVOS" Edit. Pax 1986
- 32.- VALENZUELA Y LUENGAS. "MANUAL DE PEDIATRIA" Interamericana. México,1991

ARTICULOS

- 1.-+ STEWART, M.ET AL " The hiperactive child syndrome" A.m. J.Orthopsiquiatric (36) 861-867, 1966
- 2.- HAL,RV. t. Al. " Effects of teacher attention on study behavior". Análisis, (1): 1-12. 1968
- 3.- MILLICHAP, J.G. Et. Al "Hiperquinetico, behavior and learning disorders III ", (116): 235-244, 1968

- 4.- CONNERS, C.K. " A teacher rating scale for use in drug studies with children" (126): 884-888, 1969
- 5.- CONNERS C.K. "Symptom patterns in hiperquinetic, neurolic abnd normal children" (41): 667-682, 1970
- 6.-STWART M.A, " Hiperactive children " (222): 94-98, 1970.
- 7.- CAMPBELL, S.B. Et.A1 " Cognitine style in hiperactive children and the effect of methylphenidate" (12): 55, 1971
- 8.- CONNERS C.K. " Recient studies with hiperquinetic children" (4): 476-483, 1971
- 9.- DAVIDS A, " And Objective Instrument For assesing Hiperquinesis in children"(4): 449-501, 1971
- 10.- KENNY, T.J. Et.A1 " Characteristics of children referred because of hiperactivity"(79): 618-622 1971
- 11.- KEOGH, B.K. "Hipeactivity and learning problems implication for teachers" (35): 45-47 1971
- 12.- MENDELSON, W. Et.A1 "Hiperactive children as teenagers: a follow up study" (153): 273-279, 1971
- 13.- CANTWELL, D.P. " Psiquiatric illness in de families of hiperactivechildren". (27) : 414-417 1972
- 14.- HOWELL, M.C. t.A1 "Hyperactivity in children. Types, diagniosis, drug therapy approches to manegement " (11): 30-39 1972
- 15.- CAMPBELLS, S.B. " Cognitive Styles in reflective, impulsive and hyperactive boys and their mothers " (36):747-752 1973
- 16.- AMENT, A. " Treatment of hiperactive children (letter)"(3):239-372 1974
- 17.- HUESSY H.R. "The adult hiperquinetic (letter)" (131): 724-724, 1974
- 18.- NEY,P.G. " Four Types of hiperquinsis" (19): 543-550, 1974.
- 19.- DOUGLAS , V.I. " Are drugs enough to treator train the hyperactive child? Inter J.Mental Health (4) 99-212. 1975
- 20.- FEINGOLD, B.F. " Hyperkinesis and learning disabilities links to artificial food, flowers and colors, American Journal of nursing, (75) 797-803, 1975

- 21.- WEISS, G. " The natural hystory of hyperactivity in child of and treatment with stimulant medication at different ages." International Journal of Mental Health (4):Num 1-2 213-226, 1975
- 22.- BORLAND B.L. & HECKMAN H.K. "Hyperactive boys and their brithers" Arch.gen.Psychiat, (33):669-675, 1976
- 23.- GROSS,M.D. " Growth of Hiperquinetic children taking methylphenidatic, dextroampheramine, of impramine/ desinparkmine" Pediatrics (58): 423-431, 1973
- 24.- BARKLEY, R.A. " A review of stimulant drug research with hyperactive children" J.Child Psychiat, (18): 137-165,1977
- 25.- HARLEY P.J. Et.Al." Hyperquinesis and food, additives: testing the fengold hypotesis " Pediatrics (61): 818-828, 1978
- 26.- WEISS,G. & HECHTMAN, L. " The hyperactive child syndrome" Science (205): 1328-1354, 1979.