

ACA - T - 112



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLAN"

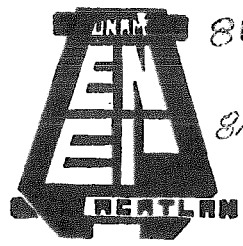


"PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE APOYO
PSICOPEDAGOGICO PARA NIÑOS CON
SINDROME HIPERQUINETICO ATENDIDOS
EN UN CENTRO DE SALUD DE ZONA
SUBURBANA"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A N

8158219-8 SANDRA LORENA PADRO TORRES

8158091-2 MARTHA GABRIELA PORTILLO ALDRETT



NAUCALPAN, EDO. DE MEX.

1989

M-0106175



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

Por el interés y a apoyo proporcionados para la realización y culminación del presente trabajo de tesis, agradecemos sinceramente al Lic. Alejandro Amuzurrutia, a la Lic. Elena -- Díaz Miranda, a la Lic. María Gómez, al Lic. - Serafín González, a la Lic. Gabriela Gutierrez, al Lic. Ruben Dario Medina, a la Lic. Dolores- Pruneda, al Lic. Raymundo Ramos, a la Lic. Cecilia Ríos y a la Lic. Mariona Terragona.

Asimismo agradecemos las facilidades otorgadas por el Centro de Salud "Portales" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para la realización de la presente investigación.

A DIOS:

Que siempre ha estado presente
en nuestras vidas.

SANDRA Y MARTHA.

A mis papás, por atreverse
a confiar en mi, dándome -
todo su amor y apoyo. Por -
que siempre me han dado la
palabra adecuada en el mo-
mento oportuno.
Por su capacidad de dar, -
Gracias.

MARTHA.

A mis padres, Rodolfo y Raquel,
quienes han compartido conmigo
mis alegrías y tristezas; mis-
logros y fracasos; mis sueños-
y anhelos. Gracias por su amor
y apoyo incondicional que siem-
pre me han brindado para la --
realización de mis metas.

SANDRA.

A Raúl y Bernardo:

Mis mejores confidentes, -
por los sueños y realidades
que hemos compartido juntos.
Por todo su apoyo y cariño.

MARTHA.

A mis hermanos, Frida, Rodolfo, -
Luis y Cinthia, por que cada -
uno, con su estilo, me han añi-
mado en la realización de mis-
metas.

SANDRA.

A la memoria de Papacito,
mi más grande maestro y -
amigo en la vida. Quien -
con su ejemplo y amor me-
enseño a enfrentar las di-
ficultades con valor y --
fuerza.

SANDRA,

A Mamacita, por tu entre-
ga y dedicación a la fami-
lia.

Gracias por el amor que -
me das y por creer en mí.

SANDRA.

Por tu entrega al que lo
necesitaba, por tu amor-
a la justicia.

Por todo lo que me ense-
ñaste cuando te fuiste.

GRACIAS

TU GUERA

A Gaby Escalera:

Por su paciencia, discre-
ción y cariño.

Por ser casi mi hermana.

MARTHA.

A Fridita, mi amor,
por el cariño y ternura
que me inspiras, Por tu
alegre sonrisa.

SANDRA.

A mis tíos, primos y
sobrinos. Por su apoy
yo, pero sobre todo-
por el cariño que me
inspiran.

MARTHA.

A Edith, Deborah, Ceci,
Susana, Martha Valdovi-
nos, Tere, Alvaro, Fina,
Jorge, Martha, por sus-
valiosos comentarios y-
observaciones, por su -
apoyo y comprensión en-
el momento en que lo he
necesitado. Por todo lo
que hemos compartido. -
Por su amistad.

MARTHA.

A mis tíos, primos y
sobrinos. Por los mo-
mentos que hemos comu
partido juntos.

Con mucho cariño

SANDRA

A Jesús Salcedo, por-
sus consejos y pala-
bras de ánimo en el-
momento en que más -
necesitaba de un amiu
go.

SANDRA.

A José Manuel Salcedo,
por su desinteresada
colaboración en la re-
visión de este traba-
jo de tesis. Por su -
amistad y confianza.

Gracias.

SANDRA.

A mis mejores maestros: los
alumnos del C.I.E. en espe-
cial a Marilu, Tania, Mari-
cris, Mane, Mariana, Gusta-
vo, Ramiro, Francisco, Fer-
nando, Santiago, Toño, Luis,
Pablo, Ale y Gerardo.

MARTHA.

Al Prof. Jesús Arevalo,
quien por su dedicación
e interés en la educación
me motivó en la elección-
de profesión.

Con Profundo cariño y ad-
miración.

SANDRA.

A Gaby Gutiérrez.
Por tu confianza, apoyo,
paciencia y calidad humana.
Gracias por tu valiosa ayuda
en la elaboración de esta
investigación.

A "Las Once" (Adela, Alicia, Chapis,
Edna, Laura, Liliana, Monica, Rosalba
y Rosio) que con sus diferentes
personalidades enriquecieron nue
stras vidas, ya que sin ellas nue
tros estudios en la Universidad
no hubieran sido lo que fueron.

A la U.N.A.M. por la formación
personal y profesional que nos
brindó para ejercer con humanis
mo nuestra carrera.

A todos nuestros amigos

SANDRA Y MARTHA.

A Martha por los minutos,
horas y días que hemos
estado juntas, comparti
do las alegrías, triste
zas, anhelos y realidades.
Gracias por tu compañía y
amistad sincera.

SANDRA

A Sandra por los problemas, plei-
tos, alegrías, tristezas, desenga
ños, frustraciones y triunfos --
compartidos. Por habernos dado
la oportunidad de crecer y forjar
una amistad. Gracias.

MARTHA.

I N D I C E,

	PAG.
Introducción.	1.
1. Marco Histórico Referencial	8.
1.1. Antecedentes históricos del síndrome hiperquinético	8.
1.2. Desarrollo histórico de las disciplinas que intervienen en el tratamiento del síndrome hiperquinético.	13.
1.2.1. Historia del tratamiento médico del síndrome hiperquinético	13.
1.2.2. Historia del tratamiento psiquiátrico y pedagógico del síndrome hiperquinético.	19.
2. Marco teórico referencial	26.
2.1. Anatomía del Sistema Nervioso Central	26.
2.1.1. Localización de las funciones de la corteza cerebral.	28.
2.2. Disfunción cerebral mínima.	31.
2.3. Síndrome hiperquinético	42.
2.3.1. Etiología del síndrome hiperquinético	46.
2.3.2. Diagnóstico del síndrome hiperquinético	48.
2.3.2.1. Diagnóstico diferencial del síndrome hiperquinético	53.

M-0 106175

2.3.3.	Tratamientos del síndrome hiperquinético.	56.
2.3.3.1.	Tratamiento médico.	58.
2.3.3.2.	Tratamiento pedagógico.	59.
3.	Propuesta del programa de apoyo psicopedagógico para niños con síndrome hiperquinético atendidos en el Centro de Salud "Portales"	65.
3.1.	Aspecto afectivo-emocional del programa de apoyo psicopedagógico para niños con síndrome hiperquinético atendidos en el Centro de Salud "Portales"	75.
3.1.2.	Aspecto cognoscitivo del programa de apoyo psicopedagógico para niños con síndrome hiperquinético atendidos en el Centro de Salud "Portales".	86.
3.2.	Desarrollo del programa de apoyo psicopedagógico para niños con síndrome hiperquinético atendidos en el Centro de Salud "Portales".	95.
4.	Conclusiones.	119.
5.	Bibliografía.	125.
	Anexo I. Gráficas.	130.
	Anexo II. Ejercicios para desarrollar las habilidades del programa de apoyo psicopedagógico para niños hiperquinéticos.	143.
	Glosario.	209.

INTRODUCCION,

Al niño hiperquinético se la ha denominado de varias formas: "flojo", "desobediente", "travieso", "rebelde", etc., etiquetandolo con estos términos sin considerar que estas conductas se presentan como consecuencia de una sintomatología específica como es la del síndrome hiperquinético.

El síndrome hiperquinético afecta no sólo a quien lo presenta sino que tiene repercusiones en las personas que rodean al paciente. Sus travesuras y constantes movimientos provocan desconcierto en sus padres y maestros. Las dificultades que presentan comunmente estos niños en el aprendizaje escolar y en su adaptación social provocan el rechazo de otros y el consecuente aislamiento del niño hiperquinético.

Es en la década de los cincuentas, cuando se empieza a distinguir el cuadro del síndrome hiperquinético de otros problemas de conducta. La sintomatología del síndrome hiperquinético ha sido denominada de varias formas dentro del medio científico, lo que propicia frecuentes confusiones con otras sintomatologías. Se ha confundido, por ejemplo, con los ataques de pequeño mal, debido a que ambas se presentan como consecuencia de una disfunción cerebral. En caso de que exista en la disfunción cerebral una lesión, los trastornos que se producirán dependerán de la localización y grado de ésta.

Con el fin de unificar criterios y operacionalizar la definición del síndrome hiperquinético, el "Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales" de la American Psychiatric Association (DSM-III), da una nueva nomenclatura al cuadro que engloba a los síntomas que lo caracterizan. Designa a éste cuadro como "Trastorno por Déficit de la Atención, Hiperactividad". Esta nueva denominación se da por ser la atención el síntoma más generalizado en esta población, mientras que la actividad motora excesiva disminuye en la adolescencia y la adultez, en algunos casos.

En el desarrollo del presente trabajo de tesis, se emplea el término de síndrome hiperquinético por considerar que éste término engloba a todos los síntomas que lo caracterizan, como son la falta de atención, impulsividad, hiperactividad, labilidad emocional, agresividad, baja tolerancia a la frustración, entre otros.

Se considera que no existe una etiología única que origine al síndrome hiperquinético, ya que puede ser producido por una ingestión de medicamentos nocivos durante el embarazo de la madre, la mala utilización de los forceps, la anoxia o traumatismos craneales sufridos por el feto, entre otros.

Han sido tres, principalmente las disciplinas que se han interesado en el estudio y tratamiento del síndrome hiperquinético: la medicina, la psicología y la pedagogía. La medicina fue la primera en

abordar al síndrome hiperquinético, conceptualizándolo como una afec-
tación neurológica. Se han realizado investigaciones en este campo so-
bre la administración de diversos medicamentos con el fin de encon-
trar aquellos que produzcan una reducción en la actividad motora y un
 aumento de la atención y concentración del niño. Se probó la adminis-
 tración de anfetaminas (estímulantes), llegaron a la conclusión de --
 que cuando el síndrome tiene un origen neurológico se obtienen resul-
 tados positivos con las anfetaminas mientras que si la actividad se -
 debía a causas emocionales no se observa ningún cambio.

Es a partir de 1930 cuando la psiquiatría realizó nuevas aporta-
 ciones a la conceptualización del síndrome hiperquinético, consideran
dolo como un trastorno de conducta. La psiquiatría continúa enfatizan
do que además de tratamiento médico, el niño hiperquinético requiere-
 de un tratamiento psicoterapeutico.

Después de los años sesentas, se empezó a dar importancia a los-
 problemas de aprendizaje ocasionados por este síndrome. Es entonces -
 cuando intervino de manera directa en la educación del niño que pre--
 senta este trastorno, el pedagogo.

La educación es en sus diversas modalidades, el campo de acción
 del pedagogo. Se realiza el siguiente trabajo de investigación en ba-
se a la inquietud e interés por la educación de los niños con síndro-
me hiperquinético y se plantea como objetivo de esta investigación el

crear un programa de apoyo psicopedagógico para el Centro de Salud "Portales", que permita al niño con síndrome hiperquinético desarrollar aquellas habilidades en las que muestra dificultades y que obstaculizan el proceso de enseñanza aprendizaje.

Se debe de tener en cuenta que las manifestaciones del síndrome hiperquinético se ven reflejadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje así como en la esfera social, familiar y afectiva del niño. De ahí la importancia de que se realice una labor interdisciplinaria en cuanto a la atención de este niño, para conjuntar esfuerzos profesionales y brindarle una atención global, ayudándolo a manejar sus impulsos y a desenvolverse adecuadamente en todas las esferas del desarrollo.

Ahora bien, en ocasiones, los padres consideran que el medicamento por sí sólo, es suficiente para la 'curación' de su hijo, o bien piensan que con sólo la psicoterapia mejorará. Esto es un error debido a que es necesaria una labor interdisciplinaria que cubra todos los aspectos en los que el niño hiperquinético presenta dificultades. Los diversos tratamientos que se le dan al niño deben de estar coordinados para el desarrollo óptimo del niño hiperquinético. Por ejemplo, no puede darse un tratamiento médico aislado del tratamiento psicoterapéutico y viceversa.

Por otro lado, el niño hiperquinético comunmente presenta alteraciones que se manifiestan en el área de aprendizaje. Esto no quie-

re decir que requiera ser atendido en una escuela de educación especial. El niño hiperquinético posee las mismas capacidades de otros niños, sólo que están menos habilitadas, y por lo tanto se ve impedido a lograr un buen desarrollo académico; es necesario prestar atención al desarrollo de las habilidades cognitivas y motoras del niño hiperquinético. Dicha atención se les puede brindar sin privarlos de que continúen dentro de su círculo familiar y escolar. De lo anterior, se desprenden las siguientes hipótesis específicas:

1.- Es necesario un programa de apoyo psicopedagógico para el niño con síndrome hiperquinético que le permita continuar dentro de la educación regular; debido a que su inclusión dentro de una escuela de educación especial limitaría su desenvolvimiento social, emocional y de aprendizaje.

2.- Las necesidades socioemocionales y educativas específicas del niño con síndrome hiperquinético pueden ser atendidas por medio de un programa de apoyo psicopedagógico extracurricular.

Para facilitar la comprensión de este trabajo de tesis se dividió en tres apartados. En el primero se presenta el bosquejo de las disciplinas que intervienen en el tratamiento del síndrome hiperquinético y la evolución que ha tenido la conceptualización del síndrome hiperquinético. Además se exponen los diferentes tratamientos que han sido implementados en la atención del niño hiperquinético.

En el segundo apartado se exponen las referencias teóricas sobre el síndrome hiperquinético; se inicia con una breve explicación de la anatomía del Sistema Nervioso Central y la localización de las funciones superiores, para determinar las posibles zonas en donde una disfunción cerebral pueden dar origen al síndrome hiperquinético.

En el tercer apartado, se realiza un análisis de las características de los niños atendidos en el Centro de Salud "Portales". Para facilitar la comprensión de estas características se exponen gráficas sobre los datos más relevantes de las historias clínicas de los niños con síndrome hiperquinético que fueron seleccionados para la realización de este trabajo de tesis.

En la propuesta del programa de apoyo psicopedagógico se señalan las actitudes y actividades que deben de implementar los padres y maestros para facilitar al niño hiperquinético el control de sus impulsos, con el auxilio del medicamento. Asimismo se proponen ejercicios sobre el desarrollo de las habilidades cognitivas y motoras para un mejor desempeño del niño con síndrome hiperquinético dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Al final del trabajo de tesis se anexa un breve glosario para definir aquellos términos que se pueden prestar a confusión o a una doble interpretación.

El principal interés de este trabajo de tesis es el de ofrecer -- una alternativa para la atención pedagógica de los niños con síndrome hiperquinético, siguiendo un plan de trabajo organizado y estructurado de manera flexible para que pueda ser adaptado a las necesidades de cada niño y a la iniciativa de quienes lo ponen en práctica.

La atención terapéutica en cualquier problema de aprendizaje, no puede dar cabida a las improvisaciones por lo que se hace hincapie en la importancia que tiene, en primer lugar detectar las limitaciones de cada niño, así como tener en cuenta aquellos elementos en los que se puede apoyar el trabajo terapéutico. En segundo lugar, se recomienda que el terapeuta organice y planee con anticipación, las actividades de cada sesión, siempre con miras a cumplir un objetivo determinado en cada una de ellas.

1. MARCO HISTORICO.

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SINDROME HIPERQUINETICO.

A lo largo de la historia se han realizado innumerables investigaciones para explicar las alteraciones conductuales de los niños en edad escolar. Investigadores de diferentes disciplinas han llevado a cabo trabajos sobre las características, necesidades psicológicas y educativas de estos niños.

La primera descripción clínica que se hizo de los niños hiperquinéticos fue dada por Still en las conferencias "Goulstonion" en Londres en el año de 1902, este cuadro clínico fue publicado en la revista "Lancet". Veinte años después, en 1923, Ebaugh centró su atención en las secuelas neuropsiquiátricas de ciertos padecimientos como la encefalitis, enfermedad que con frecuencia produce cambios cerebrales estructurales. El síndrome hiperquinético fue denominado por Khan y Cohen, en 1934, como "impulsividad orgánica" o "síndrome orgánico cerebral", caracterizado por un alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y una liberación explosiva de todas las actividades inhibidas.

En los Estados Unidos, Laurie manifestó en 1938 su descontento al hecho de que atribuyeran todos los trastornos de la conducta infantil a represiones, frustraciones, rechazos, identificaciones, sentimientos hostiles, etc. Con esta idea, en 1940 Werner y Strauss reali-

zaron investigaciones procurando aprender cada vez más sobre la manera en que los niños con problemas de aprendizaje asimilaban los conocimientos, sobre todo, aquellos que, aparte de sus problemas de aprendizaje, eran retrasados mentales. Gracias a sus investigaciones se logró una revaloración objetiva de los cambios estructurales y funcionales del cerebro como causa principal de ciertos trastornos de conducta. El mismo Strauss, con otros colaboradores, comprobaron que los resultados de sus investigaciones eran válidos para otras clasificaciones de impedimentos neurológicos infantiles. Estas investigaciones permitieron que se realizaran más estudios sobre el síndrome hiperquinético bajo estas bases, dando en 1947, la primera descripción clínica completa sobre la afectación del área de la conducta en el síndrome hiperquinético, el cual se caracteriza por la desorganización de todas las esferas cognitivas, perceptivo-motoras y afectivas, con predominio de hiperactividad, inestabilidad e impulsividad.

En Francia, Dupré realizó investigaciones sobre el síndrome hiperquinético, clasificándolo dentro de los problemas de motricidad. Al mismo tiempo algunos investigadores ingleses, que no reconocieron los estudios realizados en Francia, encasillaron dentro de los trastornos de la conducta al síndrome hiperquinético; en el que señalaron varias hipótesis sobre la patogenia utilizando métodos terapéuticos especiales, sin definir concretamente el término "hiperquinesia".

El concepto "hiperquinesia" se encontraba en ese momento ligado a trastornos como "síndrome cuniforme", "trastorno impulsivo del carácter", "acting out en el niño", "trastornos antisociales por desinhibición del desarrollo" y ciertas conductas desviadas con trastornos de aprendizaje. En estos diferentes tipos de conducta la hiperquinesia, o bien, era puesta en un primer plano pareciéndose mucho a lo descrito como "síndrome de inestabilidad psicomotriz", o, por el contrario, formaba parte de un segundo plano, en donde la hiperquinesia se incluía entre los trastornos de la conducta y del comportamiento.

Debido a la falta de una definición clara de la terminología utilizada, el término "niño hiperquinético" se empezó a utilizar con frecuencia en la literatura general y científica desde 1959, de manera ambigua e inapropiada, es a través de los años cuando se trató de aclarar este problema utilizando conceptos que tienden a simplificar y generalizar las alteraciones orgánicas cerebrales, sin valorar las bases del diagnóstico. Posteriormente, gracias a las investigaciones sobre los desórdenes del impulso hiperquinético en los problemas de la conducta infantil realizadas por Laufer y cols., se lograron algunos cambios en las ideas científicas sobre este trastorno, tratando de dejar de lado las generalidades para buscar una definición más específica. Años después Ousted, utilizó el término "síndrome hiperquinético" para describir el esquema de la conducta que se caracteriza por la hiperactividad, inquietud, distracción y bajo nivel de atención. Mientras que, por otro lado, Laufer y Denhoff (1957) populariza

ron para el mismo cuadro clínico el concepto de "impulso hipercinético". Otros autores describieron la hiperquinesia en 1957, desde el punto de vista sintomático, y en 1966 con un sentido sindrómico. Las primeras descripciones americanas se caracterizaron por la aceptación etiológica de este síndrome, hasta el punto que ha llegado a ser equivalente de "lesiones cerebrales mínimas", agrupando a la hiperactividad, la torpeza hereditaria, los trastornos visomotores, mutación retrasada o irregular y los movimientos asociados exagerados.

A partir de 1949, y en especial desde 1960, tomó mayor importancia el estudio de este síndrome, tratando de no encasillarlo dentro de una etiología única, por lo cual, el grupo de Estudios Internacionales de Oxford en 1962 rechazó el concepto de "lesiones cerebrales mínimas", adoptando el de "disfunción cerebral mínima".

En julio de 1964, dos asociaciones americanas de neurología llevaron a cabo un programa para definir el problema y sugerir una nomenclatura. En 1966 dentro de este programa se publicó una monografía titulada "Minimal Brain Dysfunctions in Children" (Disfunción Cerebral Mínima en Niños) donde se clasificaron un total de 38 términos diferentes para describir el mismo síndrome y otros similares. Posteriormente la Organización Mundial de la Salud prefirió adoptar el término "síndrome hiperactivo" dado que éste, no implica una etiología específica.

A pesar de los esfuerzos para dar unificación a la terminología, no se ha podido lograr, debido a las constantes investigaciones que sobre el tema se realizan, por ejemplo, Lester Tarnopol (1969) no considera a la disfunción cerebral mínima, como una enfermedad, sino como un síntoma que se presenta en un grupo de individuos con problemas comunes y los cuales necesitan un tratamiento específico para sus dificultades; diferencia que está en el individuo y no en el ambiente, haciéndolo reaccionar de manera diferente a como lo haría el niño normal a los estímulos del medio ambiente. Este autor no equipara el término "disfunción cerebral mínima" con el de "lesión cerebral", ya que en algunos casos el niño con "disfunción" presenta ésta, como resultado de una "lesión" y en otros casos, no hay evidencia de que la "lesión" haya ocurrido.

En este trabajo se parte de la concepción de que el síndrome hiperquinético es consecuencia de una disfunción cerebral mínima que -- ocasiona cierta sintomatología definida, en la cual destacan la hiperactividad, la distractibilidad y la agresión, entre otros.

Es importante señalar los antecedentes sobre la manera en que se trataban al síndrome hiperquinético la medicina, psiquiatría y pedagogía.

1.2. DESARROLLO HISTORICO DE LAS DISCIPLINAS QUE INTERVIENEN EN EL TRATAMIENTO DEL SINDROME HIPERQUINETICO.

Cuando se estudia al síndrome hiperquinético dentro de un contexto histórico, se encuentra uno con una interrelación de disciplinas, principalmente: la medicina, la psiquiatría y la pedagogía. Por esta razón, en el presente trabajo de investigación se realiza una semblanza histórica de estas disciplinas enfocándolas al estudio del síndrome hiperquinético.

Debido a las investigaciones realizadas por estas disciplinas el síndrome hiperquinético se considera como objeto de estudio específico, se busca dar una atención adecuada a los niños con dicho síndrome para favorecer sus relaciones en la sociedad, en la familia y en el área escolar, para atender a sus dificultades de aprendizaje, en la medida de lo posible.

1.2.1. HISTORIA DEL TRATAMIENTO MEDICO DEL SINDROME HIPERQUINETICO.

Los pueblos primitivos valoraban muy poco la vida de los niños, se llegó a practicar el infanticidio con diversos fines, como el de limitar el tamaño del grupo social, para ajustar la proporción de hombres y mujeres a las condiciones económicas y sociales y cuando los -

niños nacían con defectos graves, considerándolos "monstruos". Los antiguos persas, árabes y fenicios también practicaban el infanticidio, el abandono de niños y el aborto.

En la Edad Media se seguía practicando el infanticidio, a pesar de los esfuerzos realizados por la Iglesia para frenarlo, sin embargo, los niños que llegaban a sobrevivir se vendían como esclavos o eran abandonados, esto favoreció que aparecieran los primeros asilos (787 D.C.).

Los primeros pediatras surgieron en el siglo XVI, creando las primeras publicaciones referentes a las enfermedades del niño. En el siglo XVIII comenzó una actitud moderna hacia la infancia, Fröebel fue de los primeros en conceptualizar la infancia como una realidad psicológica, con una forma de pensar, sentir, hablar, actuar con valor propio; no describió al niño como bueno o malo, sino, como un ser en formación y desarrollo espontáneos, lo que favoreció las investigaciones sobre enfermedades en ellos. En Viena en 1787 y en París en 1802 empezaron a funcionar los primeros hospitales infantiles.

El interés por la infancia en el siglo XIX fue más evidente aunque desde el punto de vista médico al niño se le siguió considerando como "un adulto chiquito". Comenzaron a circular las primeras revistas médicas pediátricas y surgieron las sociedades de pediatría. Entre 1920 y 1923, la pediatría logró su autonomía de la medicina interna.

En México, en 1944, poco tiempo después de haberse fundado el -- Hospital Infantil de México apareció el boletín de dicho hospital, en el cual se trataban problemas sobre la salud del niño. Después surgieron hospitales y servicios infantiles dependientes del IMSS, del De--partamento del D.F., del ISSTE y posteriormente del SINADIF (Sistema-- Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) en estos lugares-- se trataban los problemas de conducta, basados principalmente en tra--tamientos con psicofármacos.

El empleo de psicofármacos se remonta a la antigüedad, dado que-- se conocían las propiedades de algunas plantas. En 1550 A.C. se utilizaba el opio, al cual se le atribuían propiedades como la de impedir-- que los niños gritaran demasiado fuerte, entre otras.

Gracias a los hallazgos hechos en las investigaciones de los --- trastornos de la conducta, adquirió gran importancia el tratamiento -- con psicofármacos, sobre todo en los relacionados con trastornos per--ceptuales, de la atención, de la función cognitiva en los niños psicó--ticos o en oligofrénicos, en las esteriotípías y en los tics.

Bradley, desde 1937, demostró que las anfetaminas tienen una ac--ción benéfica sobre los trastornos conductuales del niño. Posterior--mente se emplearon otros psicotónicos como la d.l.anfetamina (benze--drina) u otros medicamentos con acción equivalente. En la actualidad-- se ha demostrado que estos medicamentos tienen evidentes acciones re--

gulado el nivel de actividad, atención, impulsividad, comportamiento social y del aprendizaje; los efectos secundarios que se pueden presentar son el insomnio y la anorexia como los más frecuentes y con menor frecuencia trastornos gástricos, cefáleas y movimientos parkinsonianos, que tienden a desaparecer con la prolongación del tratamiento.

Talbor y cols., años más tarde señalaron la importancia que tienen las anfetaminas sobre el nivel de actividad y la motricidad, controlándolas y corrigiéndolas. También demostraron que varios atributos perceptivos e intelectuales mejoran en estos niños debido al aumento de la atención durante la actividad o de un mayor control de la respuesta.

Se hicieron pocos estudios controlados sobre la medicación en los niños en los años cincuentas, la mayoría de los estudios realizados se enfocaron más al retardo mental que a los trastornos emocionales. En los años siguientes aumentó el interés por el tratamiento psicofarmacológico en psiquiatría infantil, modificando la actitud del pediatra y del peditopsiquiatra, pasando del rechazo absoluto al escepticismo, luego a la aceptación y finalmente al empleo exagerado. Los niños con trastornos psiquiátricos son tratados en la actualidad con una gran variedad de fármacos. La utilización indiscriminada de la farmacoterapia, puede hacer que el terapeuta reduzca su iniciativa para usar otros métodos de tratamiento, como podría ser la psicoterapia y el reforzamiento pedagógico.

Se han realizado estudios sobre los efectos de los estimulantes en niños con problemas de conducta escolar. Los niños que responden a los estimulantes modifican su conducta, se ven menos inquietos y - más fáciles de controlar, más atentos y están menos distraídos, esta mejoría es más notoria en la escuela que en el hogar.

Werry (1970) comprobó que no varían los resultados en las pruebas de inteligencia con la administración de estimulantes. Estos fármacos no aumentan el coeficiente intelectual, ni hacen que el niño - mejore las pruebas o tareas que requieren de un nivel de organización cerebral más elevado, sino que sólo mejoran su desempeño cuando el nivel de dificultad está de acuerdo a la capacidad del niño.

En 1971 la Sección de la Conducta del Departamento de Sanidad - de Washington, realizó una conferencia en la cual se estudió la utilidad y el peligro del empleo de las anfetaminas la mayoría de los autores admitieron su eficiencia, Y en cuanto al peligro de Toxicomanía secundaria, Eisenberg y Connors, aportaron pruebas de que no --- existen abusos de medicamentos en los pacientes tratados durante su infancia por hiperquinesia, con los cuales se tuvo un seguimiento durante la adolescencia. Estos autores señalaron que "si la eficiencia de las anfetaminas está demostrada, y aunque, a veces, haya existido efectivamente un mal uso de estos medicamentos, esto no implica su - no utilización, sino que, refuerza la importancia de una evaluación médica completa en los niños que podrían beneficiarse con su uso". - (1)

(1) J. de Ajuriaguerra, Manual de Psiquiatría Infantil, México. Masson, 1980, p. 244.

Con los antidepresivos se han tenido también resultados positivos en los niños hiperquinéticos, en los cuales se ha visto una eficacia superior y una baja incidencia de efectos secundarios, por lo que Huessey y Wright, sugirieron el remplazo de la Dextroanfetamina por la Imipramina, como medicamento para el tratamiento de los niños con trastornos de conducta; Winsberg y cols. en 1972, proponen alternar ambos medicamentos.

Cornors (1972), Winsburg y cols., (1974) señalaron que son igualmente efectivos el Metilfenidato, y la d-anfetamina y si los niños responden favorablemente a una de ellas, posiblemente lo hagan también al otro, Safer y cols. (1975) encontraron que el fármaco de mayor elección por su seguridad y con menor incidencia de efectos colaterales es el metilfenidato. Sin embargo, también encontraron que los niños tratados con estimulantes durante un largo periodo sufren trastornos en el crecimiento.

Sheifer y cols. (1975) señalan que después de administrar estimulantes, es más fácil observar la mejoría de la concentración dentro de una situación estructurada y con una tarea fija como lo tiene en la escuela, mientras que en el hogar, en una situación menos estructurada los padres notan menos mejoría.

En México, actualmente, el tratamiento médico que se brinda a los niños con síndrome hiperquinético está basado en el empleo de anfetaminas, con las cuales se han visto óptimos resultados en la dis

minución de la actividad, la ansiedad y la agresividad, permitiendo así una mejor atención, concentración y desempeño de sus actividades,

1.2.2, HISTORIA DEL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO Y PEDAGOGICO DEL SINDROME HIPERQUINETICO.

Analizando el desarrollo histórico de las actividades relacionadas con la salud mental en el continente americano a partir del siglo XVI, se puede apreciar una secuencia sistemática caracterizada primero por el logro de la independencia política, seguida por el establecimiento de programas de asistencia de los enfermos en hospitales, la creación de personal especializado y a fines del siglo pasado, el inicio de actividades de investigación científica.

El progreso en la psiquiatría y en las disciplinas relacionadas con el comportamiento humano ha dado alternativas para prevenir en la infancia muchas de las causas que pueden dar lugar a una enfermedad mental, problemas de conducta, etc.; estas causas son las experiencias traumáticas por las que pasa el niño ante situaciones inadecuadas, para lograr su integración como individuo; así como el conjunto de factores biológicos que limitan la integración de sus sistemas orgánicos perturbando significativamente su comportamiento. Evitando de esta manera sufrimientos tanto al paciente como a la familia.

La psiquiatría infantil es una de las áreas médicas más jóvenes-

pero tiene bases antiguas en la psiquiatría de adultos. México fue - el segundo país del continente americano en fundar su primer hospital para enfermos mentales en el siglo XVI. En 1955 Bernardino Alvarez, soldado de Hernán Cortés, fundó el primero de estos hospitales, "Hospital de San Hipólito" en la Cd. de México.

José Sáyago, un carpintero, estableció un sitio para atender a las mujeres dementes de la Cd. de México, originándose así la creación del segundo hospital psiquiátrico, el del "Divino Salvador" o de la "Canoa". Se estableció también un hospital privado para sacerdotes dementes a fines del siglo XVII llamado el de "La Santísima".

Al iniciarse el siglo XX se producen cambios importantes sobre el cuidado de enfermos mentales, tanto en México como en otros países, en 1908 surgió en EE.UU. el movimiento de higiene mental con Clifford W. Burs y el Dr. Meyer, se creó la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de la Salud Mental.

En México, después de la Revolución de 1910 se dió un interés particular por los niños con problemas de salud mental. El primero de septiembre de ese año se unieron el Hospital de San Hipólito y el del Divino Salvador, formándose así el Manicomio General de la Castañeda, atendiendo tanto a adultos como a niños con enfermedades mentales. Este hospital constituyó el principal y más importante instrumento de asistencia psiquiátrica de la República Mexicana durante sus cincuenta y tres años de existencia.

El Profr. Leopoldo Rodríguez Calderón, autor del primer libro - escrito en México, sobre Psiquiatría Infantil fundó en 1919 la primera escuela para niños anormales.

Desde principios de este siglo se estableció un enfoque pedagógico hacia los problemas de Salud Mental. En el año de 1919 se estableció el Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública, estando a cargo el Dr. Santamarina quien presentó las primeras adaptaciones de las escalas de inteligencia de Binet-Simon.

En nuestro país se han realizado diversos tratados con el fin - de ayudar a los niños con problemas de salud mental, entre los cuales se encuentran los de Santamarina, Solís Quiroga, Rodríguez Cabo, Salazar Viniegra, Pascal del Roncal, Peinado Altable, Millan y Buentello, quienes impulsaron y promovieron actividades especialmente dedicadas a la atención de niños deficientes y con otras perturbaciones.

El Dr. Solís Quiroga fundó el Instituto de Psicopedagogía y el Instituto Médico Pedagógico Parque Lira (1935), e inspiró la fundación de la Escuela Normal de Especialización, la cual fue inaugurada el 7 de junio de 1943.

La liga Mexicana de Salud Mental se fundó en 1937, asociación - privada y miembro de la Federación Mundial de la Salud. En 1938 sur-

ge la clínica de la conducta fundada por el Mto. José Luis Patiño; en un principio fue un organismo dependiente de la Dirección de Enseñanza Superior; después fue anexado al Instituto Nacional de Pedagogía y en 1968 por la jerarquía que había adquirido, vuelve a depender de las más altas autoridades educativas. Se creó con la finalidad de dar atención especializada al niño anormal y tener un mejor conocimiento del escolar con dificultades de aprendizaje. El objetivo de la Clínica de la Conducta es "atender con fines diagnósticos y terapéuticos, los casos de niños de conducta anormal detectados en escuelas primarias y secundarias." (2) Es una institución que fomenta la acción interdisciplinaria trabajando psicólogos, pediatras, trabajadores sociales y psiquiatras, uniéndose posteriormente los neurólogos y pedagogos, contribuyendo al conocimiento integral de los casos.

En 1939 se organizó el Instituto Nacional de Psicopedagogía en la Secretaría de Educación Pública, quedando al frente el Dr. Lauro Ortega. El 8 de septiembre de 1942, el departamento de Estudios Psicopedagógicos de la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica de la Secretaría de Educación Pública, aprobó el plan de estudios para la carrera de maestro especialista en anormales mentales y en menores infractores las cuales se impartirían en la Escuela Normal de Especialización, que comenzó a funcionar el 1943, en el mismo local del Instituto Médico Pedagógico.

(2) Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, T. II. Guadalajara, México, 1976. p. 103.

El 7 de junio de 1945 se establecieron las carreras para maestros especialistas en educación de adultos y niños ciegos; y la carrera de maestro especialista en la educación de adultos y niños -- con trastornos de audición y de lenguaje. Años más tarde, se incorporaron las carreras para maestros especialistas en educación de niños lisiados del aparato locomotor y la de especialistas en la educación de niños ambiliopes.

En 1952 se establecen cuatro clínicas de higiene mental, en -- los Centros de Salud, "México-España". "Angel Brioso Vasconcelos", -- "Beatriz Velasco de Alemán" y en el anexo al "Internado Nacional Infantil", ese mismo año se formó el Servicio de Higiene Mental del -- Hospital Infantil de México, que cuatro años después se convierte -- en departamento del cual se hizo cargo el Dr. Velasco Alzaga, fundador de la Asociación Pro-Salud Mental del Niño.

La Dra. Matilde Rodríguez Cabo, especializada en neurología y psiquiatría en Berlín, Alemania; ayudó a la construcción del Pabellón Infantil del Manicomio General, llegó a alojar cerca de doscientos cincuenta pacientes, desapareciendo en octubre de 1966 al -- inaugurarse en Tlalpan, el nuevo Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Estos primeros esfuerzos han favorecido la creación de nuevas clínicas, servicios de salud mental infantil y centros que se dedi-

can especialmente a la asistencia de estos niños y a la preparación de personal técnico. A nivel nacional se han establecido Escuelas de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública, los Departamentos de Higiene Mental en los hospitales pediátricos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Instituto Mexicano del Seguro Social y Servicios de Seguridad para los trabajadores del Estado, de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, ahora Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como varios centros -- psiquiátricos privados, clínicas del lenguaje y centros de rehabilitación.

También la formación de profesionistas en esta área ha tenido importantes avances, en 1973 dentro de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México se estableció, la formación de especialistas médicos en la rama de psiquiatría infantil. Dos años después se formó la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

Para la atención del niño con síndrome hiperquinético, existen en México servicios de psiquiatría general y psiquiatría infantil dentro de instituciones públicas y privadas, en las cuales se realizan labores asistenciales y de rehabilitación del niño con trastornos de conducta y aprendizaje, donde laboran psiquiatras, psicólogos, pedagogos, foniatras, entre otros. Se cuenta también con un Hospital Psiquiátrico Infantil en el cual se da atención a niños con padecimientos psiquiátricos en general. Estas instituciones se esfuerzan por --

dar atención integral al niño y a su familia; lamentablemente no existe una adecuada integración y comunicación de las metas de trabajo y de los logros y fracasos obtenidos, se trabaja y planea en forma aislada sin tomar en cuenta la experiencia de otros equipos, la comunicación e integración entre las instituciones es importante para favorecer las investigaciones sobre los problemas de conducta y aprendizaje que presentan los niños con síndrome hiperquinético en nuestro país.- Son necesarias para ampliar los conocimientos que se tienen sobre el tema, buscando mejorar el diagnóstico, tratamiento y programas que -- existen para la atención del niño con síndrome hiperquinético.

2. MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. ANATOMIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

El Sistema Nervioso Central está constituido por el encéfalo y la médula espinal. Es el encargado de dirigir las relaciones entre el organismo y el exterior, es decir, la vida de relación y adaptación con el medio ambiente.

El encéfalo se encuentra dentro de la cavidad craneal, y la médula espinal se localiza en la columna vertebral, el neuro-eje, en forma de un cordón cilíndrico recorre por dentro el canal de la columna vertebral abultándose en la parte inferior llega a la región sacrococcígea donde aparece cubierto de filamentos nerviosos llamados "cola de caballo".

Al encéfalo lo conforman el bulbo raquídeo, el cerebelo, la protuberancia anular o puente de Varolio, los tubérculos cuadrigéminos, el tálamo y los hemisferios cerebrales.

La mayor parte de la cavidad craneal se encuentra ocupada por los hemisferios cerebrales. En la parte interna del cerebro se encuentra la sustancia blanca, la sustancia gris ocupa la parte exterior. La sustancia gris o corteza cerebral es una capa de 3mm. de espesor formada por células nerviosas y dendritas.

En cada hemisferio se localizan tres caras: la interna, la media y la externa. Ambos hemisferios se encuentran divididos por una hendidura profunda llamada cisura interhemisférica. En el fondo de esta cisura se encuentra uniendo a ambos hemisferios una ancha banda de fibras transversales llamada cuerpo calloso.

Cada hemisferio se encuentra dividido por hendiduras o cisuras formando cuatro lóbulos: frontal, parietal, temporal y occipital.

El lóbulo frontal está separado del parietal por la cisura de Rolando; los lóbulos temporal, frontal y parietal se encuentran divididos por la cisura de Silvio, los límites del lóbulo occipital los forma la cisura perpendicular, la cual está oculta en su mayor parte por lo que son muy imprecisos.

Los lóbulos se encuentran divididos en varias circunvoluciones formadas por pequeñas hendiduras llamadas surcos. El tejido nervioso se encuentra constituido por unidades nerviosas llamadas neuronas. La neurona está formada por el citoplasma, delimitada por la membrana y en el centro un núcleo centrado por el nucleolo, la neurona tiene un "soma" con dos tipos de ramificaciones, el "axón" o prolongación nerviosa y las "dendritas" o prolongaciones protoplasmáticas.

La corteza cerebral está formada por células piramidales que tienen una función de asociación del mismo lado o al hemisferio del-

lado opuesto, las células horizontales sólo sirven de asociación - para las regiones de la corteza cerebral del lugar donde se encuentran; y las fibras nerviosas aferentes son la conexión con las dendritas de las células piramidales.

2.1.1. LOCALIZACION DE LAS FUNCIONES DE LA CORTEZA CEREBRAL,

En la corteza cerebral se encuentran las sensaciones y es donde se originan y rigen los movimientos voluntarios, además se realizan las funciones intelectuales.

Existen cuatro centros, los motores, los sensitivos, los sensoriales y el de la inteligencia y el lenguaje, que funcionan como centros primarios, éstos a su vez están rodeados de centros secundarios que están encargados de realizar una síntesis de las sensaciones primarias para integrarlas. Con la destrucción de un centro primario se produce la pérdida de una función elemental como la sordera o la ceguera, y con la destrucción de los centros secundarios se producen alteraciones en funciones más complejas como son la coordinación de movimientos (praxias) o alteraciones en la realización de enlaces psíquicos (gnosias).

Se han determinado las zonas que son exclusivamente motoras y las que son exclusivamente sensitivas; por lo que, no es posible de

límitar una zona específica de alteración para el síndrome hiperquinético. Los síntomas que caracterizan el síndrome hiperquinético se deben principalmente a alteraciones en las funciones de los lóbulos --- frontal y temporal.

En el lóbulo temporal, la segunda y tercera circunvolución tienen como función la integración de los procesos neurofuncionales de la memoria y de la percepción de la realidad y junto con el tálamo óptico permiten la atención y la concentración; por lo consiguiente si se da un ablandamiento del lóbulo temporal se produce un deterioro de la memoria.

Dentro de los síndromes del lóbulo temporal están las crisis epilépticas de diferentes clases: presencia de sensaciones primitivas, olfatorias, vestibulares, acústicas y viscerales; sensaciones complejas de miedo, terror, alegría, tristeza, desconocimiento de lo ya visto o vivido y memoria panorámica; alteraciones de la percepción de la realidad, por ejemplo alucinaciones e ilusiones; movimientos no voluntarios como vómito, hipo, suspiros, nistagmus ocular, chupeteo de los labios, chasquidos de la boca, sacudidas de la cabeza, parpadeo, --- aproximación de los dedos de la mano a la boca, movimientos de agresividad, o una conducta motora y sensorial muy compleja durante la -- cual se ejecutan diversos actos; alteraciones de la conciencia que -- puede ser ligera, como un estado de confusión mental, o bien, una pérdida profunda de la conciencia. El síndrome de déficit del lóbulo tem

poral consiste en una deficiencia en la memoria para los hechos recientes.

Dentro de las funciones del lóbulo frontal se encuentran los movimientos voluntarios que tienen su origen en la quinta capa de la circunvolución frontal ascendente. Además existe otra área motora secundaria que al ser estimulada provoca movimientos de los músculos. Los centros del lóbulo frontal son muy sensibles a la irritabilidad, por lo que cualquier excitación ligera puede producir alteraciones, recibiendo por consiguiente el nombre de zona epileptógena.

Las lesiones de la zona motriz pueden originar parálisis o convulsiones dependiendo del centro que esté destruido o irritado. Las lesiones en este lóbulo frontal producen alteraciones en la capacidad para examinar los problemas en forma abstracta, se da una apatía y defectos en la atención, euforia, presunción y una conducta pueril. Todos estos síntomas tienen en común la pérdida de la autocrítica y la falta de pensamientos abstractos.

Se consideró importante tener un conocimiento básico del Sistema Nervioso Central y de sus funciones, para poder localizar las áreas de los diferentes trastornos de acuerdo a los síntomas que se presentan. En el caso del síndrome hiperquinético se señalaron específicamente las funciones de los lóbulos temporal y frontal por ser los centros de localización de la disfunción cerebral que origina el síndrome hiperquinético.

2.2. DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.

Existen varias definiciones sobre la disfunción cerebral mínima, para el desarrollo de este trabajo hemos retomado la publicada por el Dr. Clements, en 1966, en la monografía titulada "Disfunción Cerebral en Niños", donde la definen como "un estado que se presenta en niños con inteligencia normal promedio o casi normal, con alteraciones de conducta y/o de aprendizaje, que van de moderadas a severas y que están asociadas con desviaciones en las funciones del Sistema Nervioso Central. Estas desviaciones se manifiestan por una serie combinada de alteraciones en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, control de la atención, de impulsos y motoras. Estas aberraciones pueden originarse por alteraciones genéticas, bioquímicas, daños cerebrales, perinatales y daños o enfermedades durante los primeros años de vida, los que son críticos para el desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central". (3)

Es importante tener en cuenta, como se vió anteriormente que el grado de una alteración neurológica estará determinado por el tamaño, la localización, la naturaleza focal o difusa y la edad en que se produce la lesión cerebral; la edad es una de las variables principales para determinar el grado de alteración dado que las lesiones cerebrales en los periodos pre o perinatales pueden causar una alteración grave o permanente, mientras que una alteración similar en un niño mayor puede ser tolerada y haber mayores posibilidades de recuperación.

(3) Tirso Lara, "Disfunción Cerebral Mínima", Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. T. II, Guadalajara, México, 1976.p.27

Debido a la amplitud de los grados de las alteraciones neurológicas dentro de una misma zona se pueden originar diversos trastornos, por ejemplo; un cuadro epiléptico o, un cuadro del síndrome hiperquinético. Es por esto necesario tener en cuenta la sintomatología de los demás síndromes para realizar un diagnóstico diferencial. Y al hacer el diagnóstico del síndrome hiperquinético se puede descartar la posibilidad de un cuadro epiléptico. Por lo cual se retoma la definición de epilepsia propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en la cual se establece que es la "Afección, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una carga excesiva de neuronas cerebrales asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas". (4)

Las crisis convulsivas son estados producidos por una excesiva descarga neuronal anormal dentro del Sistema Nervioso Central; no son fenómenos aislados, sino una interacción entre las estructuras superficiales y las profundas del cerebro. Las crisis convulsivas que se presentan en la epilepsia son de dos tipos: las de gran mal (crisis tónico clónicas) se caracterizan generalmente por su brusquedad, pérdida de conocimiento, la profundidad de sus regresiones (automatismos arcaicos y movimientos rítmicos) y la amnesia consecutiva. Y las crisis conocidas como de pequeño mal, las cuales pueden ser únicamente con movimientos clónicos discretos, tono postural aumentado o disminuido, automatismos, etc.

(4) Henry Ey. et.al. Tratado de Psiquiatría, Barcelona, Toray-Masson. 1978, p.294.

Para establecer un diagnóstico correcto es necesario tener en cuenta la frecuencia con que aparecen las crisis, los factores que pueden precipitarlas como el sueño, la estimulación luminosa, o si la crisis se presenta por suspensión de medicamentos antiepilépticos. Otros factores que precipitan los ataques son la ingestión de bebidas alcohólicas, la fiebre y en algunas mujeres el periodo premenstrual.

Los movimientos involuntarios que se observan en el síndrome hiperquinético pueden confundirse con los movimientos involuntarios que se presentan en las crisis de pequeño mal, por lo que es indispensable el electroencefalograma (E.E.G.) para verificar la descarga cortical o subcortical característica del fenómeno epiléptico. Y tiene como finalidad la de registrar los potenciales paroxísticos, y la localización de los mismos, para facilitar la decisión terapéutica y el diagnóstico diferencial con el síndrome hiperquinético, ya que las alteraciones de la corteza cerebral en la epilepsia son detectadas por el electroencefalograma, lo que no ocurre generalmente con las del síndrome hiperquinético.

En el diagnóstico de la epilepsia se debe tener en cuenta los trastornos metabólicos como la hipoglucemia, la hipocalcemia o la hipomagnesemia, los cuales se presentan con crisis convulsivas secundarias, en el periodo postnatal.

Entre las causas más importantes que favorecen un alto riesgo de crisis epilépticas están: la herencia, los familiares directos de pacientes con crisis generalizadas (de pequeño y gran mal) tienden a -- presentar trastornos epilépticos; los accidentes perinatales como el-traumatismo obstétrico por diversas causas daña con frecuencia la pun-ta del lóbulo temporal y frontal, zonas particularmente epileptógenas

Para el tratamiento de la epilepsia uno de los medicamentos más-utilizados es el Fenobarbital, que sirve de inhibidor de las convul--siones y depresor de la corteza cerebral, produce igualmente depre---sión del Sistema Nervioso Central, sedación ligera, coma profundo o -sueño reparador. Otros fármacos que se emplean con este fin son la -- Primidona, derivado del ácido Barbitúrico, las respuestas a estos me-dicamentos es muy variable pero no presentan fenómenos tóxicos graves e irreversibles; el paridione y el tridione tienen una acción anticon-vulsiva y se emplean de preferencia en el pequeño mal; sin embargo es-tos mismos medicamentos son empleados en el tratamiento del síndrome-hiperquinético.

Como se señaló anteriormente las alteraciones neurológicas se ma-nifiestan con diferentes características lo que ocasiona que se pue--dan producir diferentes combinaciones entre los síndromes de disfun--ción cerebral, lo que dificulta realizar un diagnóstico preciso. En -el siguiente cuadro se muestra que los síndromes de disfunción cere--bral pueden ser varios, dependiendo de las alteraciones en las funcio-nes cerebrales. Estos síndromes se presentan con frecuencia en combi-

naciones variables, un síndrome puede presentar la principal área de afección y otro puede contribuir en una incapacidad principal, por ejemplo, "tanto en la epilepsia como en el retraso mental, el trastorno hiperquinético puede constituir un componente de la incapacidad del paciente". (5) (Ver cuadro I. Al final del capítulo)

Como características de la disfunción cerebral mínima tenemos las alteraciones conductuales, las cuales se manifiestan por lo general como desviaciones de la actividad motora y defectos de la atención. La hiperactividad es la característica más común de la disfunción cerebral mínima, el niño está en constante actividad y muestra una falta de inhibición y de control, toca, habla y actúa impulsivamente, su conducta es alterada, inapropiada y antisocial. Es frecuente también la labilidad emocional, el niño llora frente a las provocaciones más pequeñas, se dan con facilidad crisis de pánico y de movimientos, puede pasar de la tristeza a la alegría de un momento a otro. Al contrario de esto, y en un porcentaje menor, también es manifestación de disfunción cerebral mínima un descenso de la actividad.

Se presentan también defectos en la atención, los niños muestran dificultades para centrarla y mantenerla, puesto que se distraen con cualquier cosa. Al igual que en los casos de inmadurez no pueden discriminar los estímulos importantes de los que carecen de

(5) Alfred Freedman, et.al. Tratado de Psiquiatría, T. II, España Salvat. p. 2431.

ella. Los defectos de atención alteran la capacidad para tratar los conceptos abstractos e interfieren en los procesos de aprendizaje; en porcentaje menor sucede también lo contrario, los niños con disfunción cerebral mínima pueden mostrar mayor interés en los detalles.

Otra característica de la disfunción cerebral mínima son las alteraciones del aprendizaje, las cuales pueden ser generalizadas o específicas. Presentan déficit en el área motora perceptiva, el niño puede rendir mal en la escritura, en el dibujo y sobre todo en la copia de figuras; también se encuentra alterada la formación de conceptos. Los déficits específicos de aprendizaje pueden presentarse sólo en una esfera como la lectura, la pronunciación o las matemáticas.

En los trabajos realizados por Wender (1971) sobre el síndrome de disfunción cerebral mínima, señala que el niño se caracteriza por "trastornos de la conducta motora, una hiperactividad y una alteración de la coordinación; trastorno de la atención y trastornos perceptivos; dificultades de aprendizaje escolar; trastorno en el control de impulsos; alteración de las relaciones interpersonales; trastornos afectivos como labilidad emocional, disforia, agresividad, etc". (6)

(6) J. Ajuriaguerra, Manual de Psiquiatría Infantil, México, Masson, 1980. p. 242

Wender señala que desde el punto de vista etiológico la disfunción cerebral mínima puede tener diferentes etiologías, o bien, responder a una interacción de diversos componentes como las lesiones cerebrales orgánicas causadas por transmisión genética, trastornos -- intrauterinos, mal desarrollo fetal y determinantes psicogenéticos.

En la disfunción cerebral mínima se presentan signos neurológicos como la torpeza generalizada en la coordinación fina, defectos - del lenguaje, estrabismos transitorios y problemas de lateralidad. - Puede también presentarse defectos sensoriales, o alteraciones de la visión y la audición.

Para establecer el diagnóstico de la disfunción cerebral mínima es importante tener en cuenta la historia prenatal, perinatal y - postnatal del niño; el progreso escolar que por lo general está alte rado; la historia médica de los progenitores, así como la de los her manos, que con frecuencia muestran síntomas similares.

Para el diagnóstico de la disfunción cerebral mínima es de gran ayuda el electroencefalograma, el cual puede dar como resultado que sea normal o limitáneo. También son valiosos los estudios psicométri cos, pero estos requieren de una interpretación acertada.

El diagnóstico precoz de la disfunción cerebral mínima es difícil durante los primeros años de vida, pero puede haber varios indi-

cios que ayuden a establecerla, entre otros, la dificultad en la suc
ción u otros problemas de alimentación, alteraciones del tono muscu-
lar o una docilidad llamativa durante los primeros meses de vida. A-
los nueve meses la esfera motora puede mostrar alteraciones del tono
muscular, posturas anormales de las extremidades, tronco, cabeza o -
cuello, el uso alterado del brazo y de la mano. Pueden tener también
un valor significativo el estrabismo, nistagmus ocular o dificultad-
de fijar la mirada. Otros signos neurológicos de importancia son las
alteraciones en los reflejos o la persistencia del reflejo tónico --
del cuello. También es muy significativo el retraso que se presenta-
en la adaptación y en la socialización. En los niños preescolares --
puede notarse un retraso en la marcha, en el habla o en el aprendiza
je de la higiene, así como una coordinación alterada, la simplicidad
en el juego, la elección de compañeros de menor edad y la falta de -
imaginación.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial de las enfer-
medades cerebrales orgánicas para evitar confundirlas con la disfun-
ción cerebral mínima. Algunas de las alteraciones que se deben de to
mar en cuenta son:

La deprivación. La cual puede causar signos y síntomas reversi-
bles de enfermedad cerebral orgánica. La corrección precoz de los --
factores que la causan facilitan un desarrollo mental normal. Ejem--
plos de deprivación son la desnutrición, la avitaminosis, la ausen--

cia de la madre en la deprivación emocional y la deprivación social- que tiene relación con los estímulos sociales y el contacto con --- otras personas.

El autismo. Un niño autista es incapaz de establecer contacto - con su ambiente, no responde a los estímulos sociales o externos y - contradictoriamente manifiesta apego a objetos inanimados. Es frecuen- te una insistencia obsesiva en cosas conocidas y aversión a cosas nuevas. Se encuentra retrasado el comienzo de andar y hablar,

La esquizofrenia. El niño esquizofrénico al igual que el niño - autista no responde al ambiente. El diagnóstico de la esquizofrenia- puede ser establecido a los tres o cuatro años, pero puede ser equi- voco antes de los ocho años. El lenguaje está retrasado y se desarro- lla a saltos. Ocasionalmente se observa también una regresión en con- traste con el retraso del desarrollo físico y mental.

Los defectos de la comunicación. El retraso en el habla puede - ser ocasionado por la poca necesidad de expresarse ya que las necesi- dades están anticipadas, igualmente se puede considerar la posibilidi- dad de sordera como causa del problema. Una alteración visual puede- retrasar el desarrollo mental, los niños disléxicos y disgráficos -- pueden ser falsamente considerados como lesionados cerebrales, a no- ser que las alteraciones en la lectura y la escritura puedan apre- ciarse como fenómenos aislados.

Los defectos fisiológicos. La histeria y otros fenómenos psicógenos a menudo se mal interpretan como retraso mental o físico. El estado post-ictal se asocia con el entorpecimiento de las facultades mentales. Durante el estado epiléptico de pequeño mal, el paciente puede parecer con alteración de las funciones intelectuales.

Como se describió anteriormente, el síntoma de hiperactividad se encuentra con frecuencia en varios trastornos, los niños con dificultades de aprendizaje sometidos a importantes demandas en la escuela y el hogar manifiestan ansiedad, la cual desde el punto de vista conductual puede ser confundida con la hiperquinesia. Por ello es necesario realizar un diagnóstico diferencial, para excluirlos de la categoría del síndrome hiperquinético, incluido en el marco de la disfunción cerebral mínima.

SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL.

CUADRO I,

A R E A	MANIFESTACIONES CLINICAS
Neuromotora	Parálisis cerebral Epilepsia
Intelectual	Algunas formas o componente de retraso mental.
Comunicación	Disfalias Afasias Alteraciones del lenguaje más sutiles.
Percepción Asociación Retención Abstracción Expresión	Dificultades del aprendizaje específicas,
Relaciones de objeto contacto con la realidad	Algunas formas o componentes de psicosis infantiles
Movilidad Impulsos Atención	Trastornos hiperquinéticos

(7) Freedman, Alfred y cols. Idem

2.3. SINDROME HIPERQUINETICO.

No existe hasta la fecha una nomenclatura específica para referirse a esta alteración. Se han utilizado alrededor de cuarenta términos, cada uno literalmente distinto a los demás pero relacionados en su esencia. Entre los que más se utilizan se encuentran: niño con daño cerebral, agregándose a veces el término mínimo; niño con cerebrolesionado; impedimento neurológico mínimo; niño hiperquinético o hiperkinético; niño hiperactivo; niño con incapacidad perceptual; niño con disfunción; niño con problemas de aprendizaje especiales o específicos; niño con trastornos en el lenguaje; niños con defectos congénitos; niño disléxico; niño con disfunción del Sistema Nervioso Central, niño con síndrome cerebral-crónico.

Dentro de las clasificaciones existentes se considera la más precisa aquella que incluye, bajo la categoría de lesión cerebral mínima, el trastorno hiperquinético y las incapacidades específicas de aprendizaje. Con frecuencia estos síntomas se presentan asociados pero también se pueden encontrar aislados.

La definición dada por la American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II), de la hiperquinesia es: "trastorno que se caracteriza por la hiperactividad, inquietud, distracción y bajo nivel de atención, especialmente en los niños pequeños. En la adolescencia tiende a disminuir esta conducta". (8).

(8) Alfred Freedman, et.al. Tratado de Psiquiatría, T.II, España Salvat, p. 2431

A medida que crecen, su constante actividad les impide sentarse a comer con calma y jugar con sus compañeros en el lugar asignado. -- Otra consecuencia de la hiperquinesia es la hiperactividad verbal. -- Los niños que la presentan hablan demasiado y muestran incapacidad para mantener el foco de atención. También se presentan trastornos en el sueño, aumenta su actividad en la noche haciendo difícil la iniciación del sueño, o bien, se despiertan durante la noche e inician actividades propias de su hiperquinesia.

Cuando se habla de hiperquinesia no significa que la actividad sea cuantitativamente mayor, sino que es un estado continuo y constituye una actitud poco apropiada en la casa y en la escuela.

La hiperquinesia va asociada a la inatención o facilidad de distracción; el niño hiperquinético es incapaz de controlar sus respuestas ante los estímulos recibidos del exterior, debido a que no puede organizar jerárquicamente los conceptos y las ideas. Contrariamente a esto, presenta también el fenómeno conductual de la perseverancia, como una demanda de atención, teniendo una conducta repetitiva, estereotipada y a veces compulsiva.

Otros fenómenos también relacionados con el niño hiperquinético, son la impulsividad y la baja tolerancia a la frustración. El niño hace lo que su impulso le indica sin pensar en sus consecuencias, a la impresión de no poder tolerar la insatisfacción de sus demandas,

El niño hiperquinético tiene la necesidad de tocar y manosear - todo, como los niños pequeños; su contacto con el ambiente es la manipulación, por tener dificultad para resolver un problema. Junto -- con esta destructividad se da una agresividad, que se manifiesta generalmente con la crueldad hacia los animales o a otros niños; igualmente son muy irritables, los estímulos provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo y se presentan dos hechos como consecuencia de esto: el escaso control de la conducta y la baja tolerancia a las frustraciones, Emocionalmente suelen ser muy lábiles, presentan estados de tristeza y euforia asociados a la excitación y ansiedad.

A menudo se encuentran otras manifestaciones que se pueden denominar componentés secundarios del síndrome hiperquinético, como los problemas de control de esfínteres; además presentan una torpeza general tanto en los movimientos gruesos como en los finos.

El niño hiperquinético presenta dificultades escolares, en las cuales se pueden encontrar dos causas principales, asociadas a la hiperquinesia: la incapacidad para la concentración y la existencia de desórdenes en el proceso cognoscitivo especialmente los del área visomotora, así como una incapacidad de abstracción, conceptualización y generalización de los conocimientos.

La disociación o incapacidad para ver las cosas como un todo se relaciona con incapacidades como la de traducir los estímulos visua-

les en motores; al niño se le dificulta escribir correctamente las -
 figuras que se le presentan de manera visual, las invierte, las frag-
 menta o las cambia. Lo que produce disgrafía, dislexia y el mal dele-
 treo de las palabras.

También interfiere en el aprendizaje la inversión del campo vi-
 sual; con frecuencia el fondo adquiere mayor importancia, lo que im-
 pide fijar la atención en la figura central.

La memoria se encuentra obstaculizada, alterando procesos de --
 aprendizaje, debido a que se encuentra ligada a la atención y ésta,-
 en los niños hiperquinéticos, sólo se da en pequeños lapsos. el niño
 se encuentra en un estado de stress, causando disminución en la aten-
 ción y por lo tanto, de memorización. Por esto, cuando el profesor -
 regaña al niño exigiéndole mayor atención, la tensión aumenta y se -
 reduce la capacidad de recordar.

Por consiguiente el síndrome hiperquinético se origina por una
 disfunción cerebral mínima, localizada en los lóbulos temporal y ---
 frontal a nivel de la corteza cerebral. El síndrome hiperquinético -
 se caracteriza por una sintomatología específica que se puede hacer -
 evidente desde el nacimiento hasta la adolescencia, por sus trastor-
 nos de conducta y de aprendizaje.

2.3.1. ETIOLOGIA DEL SINDROME HIPERQUINETICO.

No existe una causa única a la que se pueda atribuir el origen del síndrome hiperquinético; es posible que ocurra en diferentes momentos: durante la gestación (prenatales), en el momento del nacimiento (perinatales) y varios años después del mismo (postnatales).

Las causas con mayor porcentaje de frecuencia en el síndrome hiperquinético son las que ocurren durante el parto; se encuentran de 70% al 80% de los casos. Siguen en porcentaje los factores prenatales con un 10% a un 15%. Por último, se encuentran los factores extrauterinos, con un 5% de los casos.

Los factores prenatales se pueden clasificar principalmente en cinco grupos: cuando la madre presenta algún padecimiento infeccioso, como la rubeola o toxoplasmosis, éstas pueden producir hemorragia cerebral. La hemorragia cerebral se origina también por traumas directos de la madre y por toxemia del embarazo o de otro origen.

El segundo grupo comprende las causas que producen la anoxia del producto inútero; pueden ser: el que la madre padezca anemia grave, hipotensión severa e infartos placentarios, así como también el que la madre aspire monóxido de carbono en exceso.

Los otros tres grupos están conformados con los disturbios meta-

bólicos, como la diabetes mellitus, la exposición a los rayos X y la incompatibilidad del Factor RH, el cual causa kernicterus.

Los factores que influyen durante el parto pueden ser, la anorexia neonatum; las distocias capaces de producir sufrimiento fetal, como una mala aplicación de forceps, la cesárea, el parto rápido o muy prolongado, el uso de anestésicos, la hipermadurez del producto y la hemorragia intracraneana.

El uso de forceps puede producir diversos trastornos dependiendo del sitio de aplicación; por ejemplo, a nivel frontal se pueden ocasionar trastornos psíquicos; a nivel orbital, modificaciones del carácter; si la lesión se encuentra en los lóbulos temporales, sus alteraciones serán en el olfato, la audición, la atención y la concentración; en el lóbulo temporal alterará los movimientos sensitivos motores y los movimientos comunes contralaterales; si es en el lóbulo occipital se pueden producir alteraciones en la visión; por último, si se lesiona el cerebelo se producirá la muerte o decapitación.

Como causas postnatales, se encuentran las enfermedades infecciosas durante los primeros meses: la tosferina, el sarampión, la encefalitis, la escarlatina y las neumonías, las que, dentro de sus complicaciones neurológicas, pueden ocasionar epilepsia, retraso mental, trastornos del sistema nervioso autónomo y la afectación encefa

lítica. Es por esto que, durante mucho tiempo, se llamó al síndrome -- hiperquinético, síndrome post-encefálico.

Otros factores que influyen después son las neoplasias cerebrales cuyos síntomas pueden ser generalizados o focales; abarcan el síndrome mental orgánico, cambios de personalidad, crisis convulsivas, cefaléas, etc.; por último, están las anoxias pasajeras causadas por el envenenamiento de monóxido de carbono, circulación retardada o interferencia a causa de alguna sustancia tóxica. Los pacientes que se recuperan de un estado anóxico tienen secuelas neurológicas y psiquiátricas; los cambios mentales toman forma de demencia, psicosis, depresión psicótica, síndromes estrapiramidales, como los estados hiperquinéticos y trastornos cerebrales focales. Son comunes la confusión mental y la amnesia.

Es importante conocer las causas que pueden dar origen al síndrome hiperquinético debido a que esto aporta bases para obtener un diagnóstico preciso, conocer alcances y repercusiones en las diferentes áreas afectadas para proporcionar el tratamiento adecuado en cada una de ellas.

2.3.2. DIAGNOSTICO DEL SINDROME HIPERQUINETICO,

La importancia de realizar un diagnóstico es la de determinar en qué consiste el problema, para así resolverlo. Por medio del diagnóstico se puede realizar una evaluación de los síntomas que permita el ma-

nejo del caso y en lo posible, establecer un pronóstico sobre su tratamiento.

Es importante que el diagnóstico del síndrome hiperquinético lo haga un equipo interdisciplinario, para abarcarlo en todas sus áreas.

El diagnóstico lo componen varios elementos contenidos en la historia clínica, forma más importante para la adquisición de datos. Debe incluir la información de los antecedentes personales patológicos y no patológicos; la historia del desarrollo psicobiológico del niño, incluyendo los antecedentes del embarazo y las circunstancias del parto, al igual que una exploración física general; información proporcionada por el médico que lo atiende..

Se incluye un examen neurológico; aún cuando la disfunción cerebral mínima no incluye trastornos neurológicos severos y no se esperan signos positivos de anormalidad, es probable que se obtenga lo que se llama signos neurológicos blandos (soft neurological signs). La ausencia de signos neurológicos no niega la existencia de trastornos. Los síntomas que se encuentran más ligados al diagnóstico del síndrome hiperquinético, muestran un significativo retraso en el desarrollo de una o más de estas funciones: lenguaje, coordinación motora, percepción, diferenciación derecha-izquierda, coordinación visomotora, trastornos de atención y estrabismo.

Se debe tener en cuenta que estas funciones tienen un desarrollo progresivo según la edad y muchas veces, el retardo puede ser provocado por diferentes factores, como el retardo mental, desórdenes de maduración, trastornos cerebrales de base orgánica.

El diagnóstico debe incluir también un electroencefalograma; el valor de éste es, aún hoy en día, muy discutido y se recomienda no basar el diagnóstico únicamente en éste. Los electroencefalogramas de los niños hiperquinéticos no muestran, en la mayoría de los casos, anomalías en comparación con los de los niños normales. La principal variación es la llamada inmadurez electroencefalográfica, que consiste en un aumento de la actividad Theta a la que se suma una respuesta excesiva a la hiperventilación. (9)

La evaluación psicológica tiene importancia, sobre todo en lo referente al pronóstico de las dificultades de aprendizaje. Se recomienda la aplicación de pruebas psicométricas para obtener coeficiente intelectual y para valorar las deficiencias que existen en la disfunción cerebral.

Dentro de las pruebas psicométricas para establecer el coeficiente intelectual, se recomiendan: el test de Matrices Progresivas de Raven, que requiere principalmente de la deducción de relaciones entre elementos abstractos; el Test de Goodenough, donde lo importante

(9) Rafael Velasco Fernández. El niño Hiperquinético, México, Trillas 1983, p. 55

es la precisión de observación y desarrollo del pensamiento conceptual; el Test de Wisc, éste toma en cuenta puntuaciones de rendimiento discrepantes en las áreas de ejecución y verbal. El Test de Goodenough, que se aplica a niños mayores de cuatro años, facilita conocer la imagen corporal que tiene el niño de sí mismo. Para la valoración de dificultades visomotoras la prueba que permite un mejor diagnóstico es el Test Visomotor de Bender, el cual utiliza una serie de estímulos, en cuadros similares, para estudiar la función gestáltica en los diferentes desórdenes orgánicos y funcionales, nerviosos o mentales.

Las aplicaciones posibles del Test Gestáltico Visomotor son: la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos, como la deficiencia mental, -- afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis, simulación de enfermedades y psiconeurósis.

Los elementos que, con mayor frecuencia, proporciona el Test --- Gestáltico Visomotor en los niños hiperquinéticos son la distribución caótica de los dibujos, la perseveración, la fragmentación y las rotaciones.

La prueba de Marianne Frostig, Test del Desarrollo de la Percepción Visual, ayuda en el diagnóstico de las dificultades de aprendizaje; en el caso de la disfunción cerebral mínima, se detecta una pobre coordinación mano-ojo, problemas en la discriminación figura-fondo y-

problemas para analizar las relaciones espaciales.

El diagnóstico puede apoyarse en otras pruebas, como el Test de retención Visual de Benton; la prueba de las 15 palabras de Rey adaptada por Taylor, que facilita la detección de los trastornos de memoria.

La exploración psicológica es muy valiosa, sin embargo el síntoma más importante, la hiperactividad, no es posible abordarlo por estos métodos. Por ello Weis y Peters han creado una escala de calificación de la hiperquinesia, en la cual se recopilan las características de la actividad real del niño mostrada en la escuela, la casa, actividades sociales, etc. Estos datos son proporcionados por la observación directa de sus padres y maestros; si presenta una actividad alta en más de 5 items, se considera con bases para diagnosticar hiperactividad.

La recopilación de los estudios e interpretación de los resultados obtenidos en las diferentes áreas permitirá realizar un diagnóstico certero. No hay que dejar de lado los síntomas similares que se presentan en otros trastornos, los que se tratarán dentro del diagnóstico diferencial.

2.3.2.1. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SINDROME HIPERQUINETICO.

Bajo este rublo se señalarán las causas y manifestaciones de la hiperactividad, para establecer una diferenciación de varios cuadros clínicos en los que se presenta, como los que a continuación se enuncian: La hiperactividad que presenta, el niño ansioso se expresa de diferente manera que la del niño hiperquinético; agita las manos y los pies, en lugar de mover la cadera y las piernas, mostrando una mayor conciencia de sus movimientos; sostiene la atención, a pesar de reprimir una gran tensión. El niño puede dominar su hiperactividad cuando se le tranquiliza o al lograr captar su interés en alguna actividad. El tratamiento con estimulantes no produce ningún efecto ni agrava su estado.

Una ansiedad intensa y sostenida puede dar lugar a una psicosis, el niño presenta un comportamiento fuera de la realidad e incapacidad para ajustarse a sus demandas. La ansiedad interna puede producir una falta de respuesta al estímulo y, en cambio, en los casos de hiperquinesia se da una respuesta excesiva a los estímulos. El niño psicótico presenta un comportamiento incomprensible, como el tener arrebatos de actividad motora explosiva, gritar, automutilarse, morderse, golpearse a sí mismos o hacer movimientos estereotipados de los que no se puede distraer. Cuando se le trata con estimulantes no hay respuesta satisfactoria.

La reacción agresiva social es la que se confunde con más frecuencia con el síndrome hiperquinético, pero esta actividad va acompañada de agresión, violencia y destructividad. El niño tiene un propósito definido, sin perder su concentración en ningún momento, puede prestar atención sostenida entre un arranque agresivo y otro. Por lo general, no se observa en sus conductas algún componente neurológico como en el niño hiperquinético.

La hiperquinesia y algunas modalidades de la epilepsia se pueden confundir como en los casos leves de gran mal; éstos sólo pueden identificarse mediante electroencefalogramas. Este tipo de epilepsia responde generalmente a los medicamentos anticonvulsivos y no a los estimulantes.

El síndrome de Corea de Sydenham es una secuela de la fiebre reumática. Puede surgir en niños de 5 a 15 años de edad, presentan hiperactividad, realizan movimientos bruscos con los brazos y las piernas, contorsiones faciales y degluten con dificultad.

El síndrome orgánico encefálico se presenta anterior al cuadro clínico de la hiperquinesia. Pero ninguno de los niños con efectos post-encefálicos responde a los estimulantes como los niños hiperquinéticos y sí se nota mejoría, al administrarseles tranquilizantes mayores,

El niño hiperactivo con retardo mental puede mostrar constante actividad, su comportamiento es perseverante, su capacidad de atención es limitada pero sin ser distraído, se concentra en la misma actividad repetitiva que ha escogido por lo que, a veces, no responde a los estímulos y presenta retraso notorio en su desarrollo, inteligencia, lenguaje y cuidado de su persona.

Para distinguir entre un niño con deficiencia mental y un niño con hiperquinesia se toma en cuenta el bajo rendimiento escolar de los niños deficientes mentales que en ellos es un dato muy constante con un lento y difícil aprendizaje. La baja tolerancia a la frustración no es un dato que forme parte de este cuadro, ya que estos niños sólo presentan un desconcierto ante la situación frustrante.

La prueba definitiva es la llamada Prueba Terapéutica o de tratamiento con estimulantes, ya que la única sintomatología que mejora con los estimulantes es el síndrome de disfunción cerebral mínima con hiperquinesia.

Algunos autores diferencian la 'inmadurez' con el síndrome hiperquinético, consideran esta inmadurez en las esferas emocional, visomotora, psicomotriz, social y afectiva. Distinguen la 'inmadurez' de la disfunción cerebral mínima, porque en la 'inmadurez' el bajo rendimiento escolar no es un dato constante, dado que mejora por periodos largos cuando se dan las motivaciones adecuadas, mientras que en la hiper

quinesia la mejoría es a saltos, debido a cambios favorables en la --
 sintomatología. Así como la baja tolerancia a la frustración, en el --
 niño con 'inmadurez' se manifiesta con llanto, angustia y demanda de --
 atención. En los niños con hiperquinesia se manifiesta con grandes ra
 bietas en las cuales el niño agrede a otros y a sí mismo.

La importancia de establecer un diagnóstico diferencial es que --
 permite determinar el tratamiento por seguir, dado que, aunque algu--
 nas sintomatologías sean similares, no pueden tratarse de igual mane--
 ra debido a que las respuestas serán diferentes de acuerdo a la enfer
 medad.

2.3.3. TRATAMIENTOS DEL SÍNDROME HIPERQUINÉTICO.

Para el manejo y tratamiento del síndrome hiperquinético, se de--
 ben tener en cuenta y corregir los tres aspectos básicos propios del--
 síndrome hiperquinético: la conducta hiperactiva, la cual es abordada
 por medio de los psicofármacos, teniendo en cuenta el medicamento que
 disminuya la intensidad de la inquietud y la impulsividad del niño --
 sin interferir con su atención y su estado de alerta; en los niños --
 con problemas de aprendizaje se pretende adaptar la educación a las --
 necesidades del paciente, estos niños generalmente muestran torpeza, --
 incoordinación motora, trastornos en la percepción auditiva y visual;

existe una persistencia en la regresión al lenguaje infantil y la repercusión emocional. En la mayoría de los niños hiperquinéticos se presentan generalmente trastornos emocionales leves y pueden desaparecer o disminuir al conocer el problema y tomar las medidas adecuadas.

Para obtener mejores resultados en el tratamiento integral del niño hiperquinético, el tratamiento debe estar basado en una multidisciplinariedad e incluir al niño, la familia y la escuela. Se debe de educar con procedimientos especiales, al mismo tiempo que recibir una psicoterapia y un tratamiento psicofarmacológico establecido por el médico. El tratamiento requiere de tiempo, persistencia, paciencia, amor, comprensión, interés, facilidades para la enseñanza y los medicamentos específicos. ~~Todos~~ los aspectos son igual de importantes aún cuando muchas veces se le da prioridad al tratamiento médico y se depositan en él todas las esperanzas.

Se ha visto que el uso de medicamentos va a facilitar el reducir la inatención y la agresión; con esto no desaparece en su totalidad la hiperquinesia pero es de gran ayuda para los demás especialistas.

Por otro lado, el tratamiento psicológico apoyará su desenvolvimiento familiar, social y escolar; el tratamiento pedagógico tratará las áreas cognitivas para un mejor rendimiento escolar, sin dejar de lado las otras esferas.

2.3.3.1. TRATAMIENTO MEDICO.

La psicofarmacología es una de las partes fundamentales del tratamiento del niño hiperquinético. El médico es la persona indicada para que, con base en un estudio detallado del caso, recete el medicamento más indicado para el tratamiento. La elección depende de una serie de variables, como la edad del niño, duración del trastorno y la severidad de los síntomas.

En los niños hiperquinéticos se utilizan, con mayor frecuencia los estimulantes, ya que sólo modifican la conducta y funciones, permiten la acción de otras medidas terapéuticas, como la pedagogía y la psicología. Dentro de los efectos positivos de los estimulantes están un mayor control de la actividad, aumento en la concentración y disminución de la destructibilidad; hay un progreso en el aprendizaje perceptual, cognitivo y de ejecución; mejora la coordinación para los deportes, la escritura y el dibujo. Como en todos los medicamentos, también se dan algunos efectos negativos como la pérdida de apetito, onicofagia, hipotermia y alguna labilidad emocional.

Existen otros medicamentos que también se usan para el tratamiento de los niños con síndrome hiperquinético como los antidepresores, que hacen más duradera la acción del medicamento, pero tienen mayores efectos secundarios. También se han utilizado los depresores pero sólo en caso de que el niño también sufra epilepsia. Recientemente

se han publicado estudios sobre el uso de la cafeína en los niños con síndrome hiperquinético; se obtuvieron resultados positivos en la disminución de la actividad, con dos tazas de café equivalentes a 200 o-300 mg. de cafeína, para sustituir la aplicación del Metilfenidato (estimulante), por un producto natural.

Algunos padres sienten preocupación por una posible adicción a las drogas, pero se ha comprobado, con varios estudios, que el uso médico de estimulantes no propicia el abuso de las drogas.

En el tratamiento médico, lo importante es obtener los mejores - resultados con el menor número de medicamentos y con la dosis más - baja posible, no usar las drogas por más tiempo del que el médico considere necesario.

2.3.3.2. TRATAMIENTO PEDAGOGICO

El tratamiento pedagógico pretende mejorar el progreso académico y disminuir la sintomatología conductual. Es en la escuela donde se - manifiestan principalmente estos dos grupos de síntomas que requieren la acción de la pedagogía. Las dificultades de aprendizaje que obsta- culizan el progreso académico son: los problemas en el control de vo- lúmen, problemas de articulación, etc., igualmente pueden darse reac- ciones exageradas a los estímulos del salón de clases, incapacidad pa-

En los problemas de aprendizaje es importante elaborar un plan educativo para cada alteración, después de realizar un diagnóstico diferencial que contenga las siguientes consideraciones:

Si la inhabilidad afecta una o más modalidades del aprendizaje, se deben programar actividades para remediar las funciones más dañadas y actividades educativas en las que se utilicen al máximo las vías sensoriales que permanecen intactas; si existe deficiencia en el aprendizaje como consecuencia de una disfunción significativa en la cual están involucrados algunos obstáculos en la recepción auditiva o en la formación de imágenes visuales, se deben comprobar si afectan el proceso de conceptualización y de abstracción; conociendo el nivel que el niño utiliza en el proceso de aprendizaje como puede ser el perceptual o bien el nivel simbólico; hacer una valoración correcta de las inhabilidades motoras existentes y establecer en cada caso los efectos que se producen en el desarrollo psicosocial debido a las dificultades de aprendizaje.

Dentro de la atención pedagógica se debe cuidar los estímulos visuales, auditivos y en general cualquier tipo para disminuirlos en el salón de clases, y de esta manera contrarrestar la inatención. El plan educativo debe enriquecerse con las técnicas adecuadas que permitan superar totalmente las deficiencias del niño. La finalidad es que el niño hiperquinético logre un vocabulario aceptable, fluidez en la lectura y una correcta escritura para alcanzar una adecuada escolaridad.

Cuando se dan trastornos en los sentidos de la vista y del oído, se debe buscar otros recursos en la enseñanza, como las técnicas quines-tésicas. Con la actividad motora se refuerza lo que ve el ojo, haciendo que el niño realice movimientos musculares amplios; por ejemplo, trazar grandes letras una y otra vez, con lo cual pone en movimiento sus músculos del antebrazo y los del brazo. Esto le ayuda a coordinar lo que sus ojos están viendo y lo que su mano hace, primero a nivel de músculos mayores y después usando los que ejecutan movimientos más finos.

Las técnicas quines-tésicas son aquellas en las que se refuerza la enseñanza por medio del tacto, están basadas en los mismos principios y son parecidas a las que usan con los niños ciegos. La manera en que el profesor trabaja con esta técnica en la enseñanza de la escritura y la lectura es haciendo que el niño trace las letras con su dedo índice tanto con los ojos abiertos como con los ojos cerrados, las recorta con tijeras, las coloca en los lugares adecuados, maneja sus formas, etc.

Existen otros métodos por medio de los cuales el niño puede familiarizarse con las letras del alfabeto; el método visual por medio del cual el niño reconoce las letras minúsculas, mayúsculas, no importa el contexto en el cual se encuentre. El método auditivo le ayuda a reconocer su presencia aisladamente como elementos de palabras y frases.

Gerald Getman propone técnicas educativas para los problemas de aprendizaje en relación con las dificultades visomotoras, las cuales se consideran útiles en el trabajo con el niño hiperquinético. Getman no pasa por alto los aspectos motores y proporciona instrumentos educativos de fácil aplicación. Algunas de las prácticas que sugiere son para mejorar la calidad de los movimientos del tronco, la cabeza y -- los cuatro miembros; como por ejemplo: la práctica del balanceo y el equilibrio. Se lleva a cabo en la barra para caminar sobre ella haciendo diferentes ejercicios y posiciones.

Práctica de la coordinación ojo-mano. Su finalidad es la de desarrollar en el niño la integración de los sistemas tacto-visuales, básicos para las manipulaciones simbólicas.

Prácticas de movimientos oculares; con estos ejercicios el niño logra un buen grado de exactitud en los movimientos de seguimiento de figuras y en la fijación correcta de los ojos; ambas necesarias para la lectura.

Práctica para la percepción de las formas y una exactitud en los movimientos de la mano para reproducirlos.

Práctica de la memoria visual. Se utiliza un carrusel de transparencias con el cual se intenta que el niño logre un mejor reconocimiento de los tamaños, de las formas y sus relaciones espaciales por-

medio de diferentes ejercicios. También se logra mayor rapidez en el reconocimiento y una retención de las imágenes.

Existen otros métodos de diversos autores, por lo que no conviene limitarse a reglas muy fijas, ni olvidar que sin un tratamiento médico efectivo con el que se controle la actividad o al menos cierto grado de la inatención, la enseñanza especializada encontrará serias dificultades para obtener resultados satisfactorios en el tratamiento del niño con síndrome hiperquinético.

3. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE APOYO PSICOPEDAGOGICO

PARA NIÑOS CON SINDROME HIPERQUINETICO ATENDIDOS

EN EL CENTRO DE SALUD "PORTALES".

Al ser el objetivo en este trabajo de tesis el elaborar un programa de apoyo psicopedagógico para niños con síndrome hiperquinético, se realizó en trabajo de campo, con el fin de obtener, de manera directa, datos que fueran útiles para sustentar este trabajo.

Para la recolección de estos datos se analizaron las historias-clínicas de 80 niños que acudían a consulta al Centro de Salud "Portales", con diagnóstico de disfunción cerebral mínima con síndrome hiperquinético; este diagnóstico fue hecho por el Departamento de Salud Mental de dicho centro.

Además se trabajó, de manera directa con estos niños, aproximadamente durante un año en sesiones grupales de una hora a la semana. Esta era la organización que se tenía para el grupo psicoterapéutico. El Centro de Salud daba atención a las madres de niños con síndrome hiperquinético; las encargadas de esta atención eran las trabajadoras sociales, quienes las orientaban sobre la problemática de sus hijos e indicaban la forma en que debían de atender a sus hijos. La atención que se les dio a los niños hiperquinéticos consistió, en terapias de reeducación perceptual; la dimos siguiendo las indicaciones señaladas por el encargado del Departamento de Salud Mental.

Cabe señalar que, en el momento de asistir al centro, no se contaba con los servicios de ningún pedagogo; por lo que, desde el punto de vista pedagógico, se observaron varias limitaciones en la atención de estos niños; la práctica despertó inquietudes personales y dio como resultado la propuesta del programa de apoyo psicopedagógico que se presenta en este trabajo de tesis.

Las historias clínicas fueron realizadas por el médico general, el psicólogo y la trabajadora social, durante la primera consulta. Con base en el análisis de las historias clínicas de los niños con síndrome hiperquinético se pudo observar que, del total de estas historias, existe un porcentaje mayor en los niños: 65%, en las niñas: 35%. Esto reitera el punto de vista de muchos autores que señalan que la constitución física de los niños es más vulnerable, sobre todo en los primeros años de vida.

La primera consulta se realiza generalmente a partir de que el niño se encuentra dentro del sistema escolar lo cual puede deberse, entre otras causas, a que presente problemas de aprendizaje, o a que el niño presenta conductas contrastantes con otros niños. Algunas conductas son justificadas por los padres y maestros, buscan explicaciones que no los comprometan ni responsabilicen; esperan que esas conductas se modifiquen al crecer el niño, por lo que el diagnóstico y la atención que se les da es, en algunos casos, cuando ya se ha repetido algún grado escolar.

Lo anterior se encuentra confirmado en las gráficas 2 y 3 * donde el mayor porcentaje de escolaridad de los niños 25.5% al momento de hacer la historia clínica se encuentra en 1ª y 2ª grado de primaria y el porcentaje menor 3.7% en niños que aún no ha sido incorporados al sistema escolar, por lo que se puede suponer que al entrar al sistema escolar y presentar conductas contrastantes son enviados por el maestro o los padres a que se les realice un estudio.

También se encontró que el mayor índice de reprobados 32.5% se dio en el primer año de primaria, es éste el grado en que se facilita la detección de aquellos niños que muestran dificultades en las labores escolares, debido a que se comienza a exigir a los niños mayores responsabilidades, atención, orden, etc., y en el caso de los niños hiperquinéticos aumenta su problemática perceptual, su hiperactividad, por lo que al niño le costará mayor trabajo adaptarse a las exigencias de la escuela.

Igualmente a esta edad ya el cerebro del niño se debe encontrar con un grado de madurez que le permita captar todo lo que en la escuela se le trasmite y muchas de las conductas presentadas por el niño hiperquinético, que antes podían ser tomadas como inmadurez propias de la edad, en este momento pasan a ser síntomas muy importantes de su problemática.

* Las gráficas se pueden consultar en el anexo 1.

Aunque a primera vista se observe en la misma gráfica (3) un índice significativo 19% de niños que no han reprobado ningún grado escolar, cabe señalar que en este grupo se incluyen el porcentaje de niños sin escolaridad y los de jardín de niños; disminuye así el índice real de niños que no han reprobado ningún grado escolar, por lo tanto se hace necesario un apoyo pedagógico para prevenir el alto índice de reprobación.

Dentro de los síntomas fisiopsicológicos reportados por el psicólogo sobresalieron en la tabulación (véase gráfica 4) por su mayor porcentaje: la agresividad 72.5%, la cual tiene como zona de localización cerebral la quinta circunvolución del lóbulo temporal y el hipotálamo, esta puede ser la razón de su alto porcentaje, ya que la lesión que produce el síndrome hiperquinético, puede estar localizada en el mismo lóbulo.

Cabe señalar que una conducta se considera agresiva, dependiendo de la situación en que se presenta; la conducta agresiva está en función del medio social en el cual se desarrolla el niño; en este aspecto también influyen los mensajes transmitidos en los medios de comunicación. En base a lo anterior no se descarta la posibilidad de la influencia que tiene el medio social y familiar en estos niños.

El segundo síntoma que destacó fue la ansiedad 41.25% la cual es producida, según Sullivan, por un sentimiento de desaprobación-

por parte de un adulto importante para el sujeto. Para tratar de evitar la ansiedad el sujeto se limita a patrones de actividad establecidos por el grupo social al que pertenece.

En el caso de los niños con síndrome hiperquinético, la ansiedad se presenta al sentir las presiones del medio exterior hacia sus conductas, al no responder adecuadamente, aunque se esfuerce. Esta ansiedad se expresa de diversas maneras, ante ciertas personas suele presentarse como timidez 30%. El índice que aparece en este síntoma se interpretó como consecuencia de la ansiedad, por lo tanto la timidez surge ante el temor de sufrir contrariedades.

Un generador importante de ansiedad es la frustración 30%, que es la falta de satisfacción a un estímulo, debido a la impulsividad para responder a todos los estímulos percibidos, ocasionando que el grado y la duración de la tensión tolerada sea mínimo.

Otra manera de reaccionar ante la ansiedad son las actitudes regresivas 30%, representan respuestas menos maduras por ubicarse en una etapa de desarrollo anterior, en las cuales requiere de grados más bajos de aspiración y de responsabilidad, esto le hace sentir seguridad y tranquilidad.

La gráfica 5 muestra los problemas en el aprendizaje que tienen los niños con síndrome hiperquinético, se aprecia un alto índice en

la columna de trastornos de aprendizaje 40%, dato que se interpreta como una generalización de quienes elaboraron las historias clínicas, debido a que se encontró que en muy pocas ocasiones se especificaba el trastorno que el niño presentaba. Con lo anterior se dificultaba la canalización del niño al tratamiento, se encontró en ocasiones a niños que si bien tenían problemas de aprendizaje, no eran niños hiperquinéticos y se les mandaba a los grupos de reeducación perceptual, donde se les daba atención a los niños con dicho síndrome. Se considera importante citar este dato ya que representa la existencia de un alto índice de problemas de aprendizaje en los niños hiperquinéticos, que aunándolos a los trastornos que sí se especificaron, corrobora la necesidad de una atención psicopedagógica.

Junto con lo anterior, destacan los siguientes trastornos por su porcentaje: incoordinación motriz fina 25%, inatención 22.5% e incoordinación motriz gruesa 19.7%. El hecho de que el niño con síndrome hiperquinético presente pobre coordinación motriz, tanto fina como gruesa, se considera como resultado de la misma disfunción cerebral mínima a la que nos hemos referido, ya que al lesionarse algún centro secundario encargado de integrar a los centros primarios (sensitivos, motores y sensoriales), se provocan alteraciones en las funciones más complejas como la de coordinar los movimientos.

Del mismo modo la inatención se debe a la lesión que afecta a las circunvoluciones temporales y al tálamo óptico, alterando el ni-

vel de atención y concentración del niño con síndrome hiperquinético. Aunando a esto la intensidad de los estímulos que recibe el niño hiperquinético y por lo consiguiente el desvío de su atención para dar respuesta a todos ellos, le ocasiona que no pueda desarrollarse dentro del proceso de enseñanza aprendizaje y tenga la necesidad como ya mencionamos, de acudir a una terapia.

Dentro de la esfera familiar, algunos datos significativos presentados en las historias clínicas de los niños hiperquinéticos es el que el 95% de las madres de los niños hiperquinéticos eran las encargadas de llevar al niño a consulta, en contraste con el 1.25% de los padres; puede deberse al horario, ya que por lo regular es el padre quien trabaja y no tiene tiempo de llevarlos a consulta, y es la madre quien debe cuidar a los niños o también, por falta de interés (véase gráfica 6). Del mismo modo se presentó esto en los casos de padres y madres adoptivos.

El índice de padre y madre vivos es alto 90% y 95% respectivamente, cifras que hacen significativa la no participación de los padres en la atención de sus hijos en el Centro de Salud "Portales". No existió índice de madres ausentes en comparación con el 6.25% que se presentó en padres ausentes, se entiende por esto a aquellos que están vivos, pero que han abandonado el hogar y no lo han atendido.

En general las familias de los niños hiperquinéticos constan de

dos o tres hijos, es el segundo hijo el que presenta con mayor frecuencia 57%, el síndrome hiperquinético. Las gráficas 8 y 9 muestran un resultado muy distinto a lo que generalmente se piensa sobre las familias que viven en zonas suburbanas, ya que se tiene la idea de que son numerosas y de que al aumentar el número de partos crece la posibilidad de una disfunción cerebral mínima, dado que la edad de la madre aumenta, la matriz ha tenido más trabajo y la madre no se cuida tanto como en los primeros embarazos.

Por otro lado la relación que se establece entre los padres y el niño hiperquinético es inadecuada; se considera por esta, una relación fría, rígida, indiferente, rechazante o por el empleo de la violencia física; este alto porcentaje (padre 83% y madre 85%, véase gráfica 10) reafirma la idea de que los padres necesitan una orientación sobre el problema y de cómo manejar en el núcleo familiar a su hijo.

Otro aspecto importante tratado en las historias clínicas es la evolución del embarazo; de donde se extrajeron las alteraciones que se produjeron en algunas madres de niños hiperquinéticos, aún cuando los porcentajes no fueron muy altos, no dejan de ser significativos. (véase gráfica 11). Se obtuvo un 5% en las alteraciones presentadas por incompatibilidad del factor RH, un 3.75% sufrió amenazas de aborto natural y 1.25% hipertensión arterial y alcoholismo. Estas alteraciones ocasionan que el producto no evolucione adecuadamente en su

desarrollo neurofisiológico, lo que favorece la presencia del síndrome hiperquinético.

De igual manera se extrajeron los datos de las historias clínicas sobre las complicaciones presentadas durante el parto (véase gráfica - 12) como producto prematuro 21.25%, ictericia 13.75%, empleo inadecuado de los forceps y mala aplicación de la anestesia 10%, producto postmaduro 5%, parto prolongado y presencia de cianosis 3.75%, los cuales pueden ocasionar alguna alteración cerebral como la disfunción cerebral mínima con síndrome hiperquinético.

Para el diagnóstico del síndrome hiperquinético, los psicólogos del Centro de Salud "Portales", también aplicaron algunas pruebas psicológicas estandarizadas como el test de inteligencia de Raven, el test de inteligencia de Goodenough, algunos test proyectivos como el de la familia de Machover y el House, Tree, Person (HTP), básicamente se usó el Test Gestáltico Visomotor de Bender para el diagnóstico de la disfunción cerebral mínima, pero los resultados de estas pruebas no se encontraban reportados en todas las historias clínicas, por lo que no se pudo obtener un resultado confiable.

En lo referente al trabajo que se realizó con los niños fue básicamente el de buscar detectar las necesidades del niño hiperquinético dentro de un salón de terapia. Se pudo observar una heterogeneidad en el grupo ya que había niños de diferentes grados escolares y con dife-

rentes grados de desarrollo en sus habilidades, debido a una incorrecta canalización, ocasionando que algunos realizaran las actividades -- sin ninguna dificultad por no tener deficiencias en el desarrollo de -- sus habilidades, mientras que a otros niños se les dificultaba la realización de éstas.

Se pudo observar que en la terapia se les daban solamente ejercicios de coordinación visual, los cuales se realizaban en un cuaderno, -- por lo que no se cubrían las áreas adecuadas para desarrollar las habi- -- lidades necesarias en los niños con síndrome hiperquinético, como son: relaciones espaciales, posición en el espacio, figura fondo visual y -- auditiva, secuencia memoria visual y auditiva, temporalidad, asocia--- -- ción visual y auditiva, análisis y síntesis.

Con base en lo anterior se pensó en realizar un programa de apoyo psicopedagógico para niños hiperquinéticos, que pudiera ser aplicado -- en grupo, tomando en cuenta las carencias del Centro de Salud "Portales" -- ya que este programa se dió por el interés de los profesionistas que -- trabajaban en el Departamento de Salud Mental de dicho Centro.

El programa de apoyo psicopedagógico para niños hiperquinéticos, -- que se expone a continuación, se realizó con base en las necesidades -- antes mencionadas; ya que no se encontró un programa similar en otra -- institución pública, se acudió a pedir información a la Secretaría de -- Salud, al Instituto Nacional de Neurología, al Hospital Infantil, al --

D.I.F., y al Departamento de Educación Especial de la Secretaría de - Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública, y en ninguna de estas instituciones se encontró un programa de apoyo para este tipo de niños, ya que se engloba en otras categorías como la disfunción cerebral mínima o trastornos de aprendizaje que si bien les ayudan en su problemática, no están hechos especialmente para las características de estos niños. Por ello a continuación se presenta una -- propuesta de un programa de apoyo psicopedagógico para niños con síndrome hiperquinético en un Centro de Salud.

3.1. ASPECTO AFECTIVO-EMOCIONAL DEL PROGRAMA DE APOYO
PSICOPEDAGOGICO PARA NIÑOS CON SINDROME HIPERQUIN
NETICO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD "PORTALES".

En los estudios realizados por Stone (1960), señala que al verse afectado el aparato neuronal, éste requiere de una energía mayor de - la habitual como mecanismo de compensación. Por consiguiente se des-- protege el aparato psíquico haciéndolo más vulnerable al stress emocional. Por el contrario, ante una situación emocionalmente amenazante, la energía que se utiliza para la defensa psíquica ocasiona una - descompensación del aparato neuronal. Esto refuerza la idea de que -- las disfunciones de base neurológica empeoran cuando existe stress -- psíquico y que, por medio de la psicoterapia, se controla la energía - de tal manera que ninguno de los aspectos se ven descompensados. (10)

(10) Vid Alfred Freedman, et. al. Tratado de psiquiatría, España
Salvat p. 2430-2436.

La psicoterapia debe estar dirigida también a la familia, debido a que en la mayoría de los casos, los padres se culpan, por considerarse responsables de la enfermedad de su hijo. Además, un niño hiperquinético puede crear tensiones continuas dentro de la familia surgen divisiones entre los miembros de la familia, se originan continuos choques, los que producen algunas reacciones negativas hacia el niño en los padres, como sentimientos de culpa, debido a los rechazos frecuentes y a sus frustraciones; esto se entiende dado que la capacidad de tolerancia es limitada. Los padres continuamente toman la decisión de ser pacientes y empezar de nuevo, pero de pronto regresan y con más fuerza a sus antiguas actitudes de intolerancia, debido a que están bajo la presión de los abuelos, vecinos, etc., quienes los critican y condenan por considerar que consienten demasiado al niño.

Es importante conocer la dinámica familiar que se da en los niños hiperquinéticos en relación con su familia, ya que pueden reaccionar de diferentes formas al stress provocado por los problemas especiales de ajuste ante los síntomas de su problemática. La relación del niño con su familia empieza desde el momento del nacimiento: los padres tienen grandes expectativas respecto a sus hijos, a sentir orgullo y sentirse premiados con su salud, desarrollo y crecimiento y con sus alcances académicos.

Los problemas de conducta del niño hiperquinético son el primer impacto en los padres, a esto se añaden los problemas escolares-

que se manifiestan por la baja capacidad para tolerar las exigencias de la escuela, resulta distraído, torpe y con una concentración muy limitada,

Los padres tienden a rechazar y a tratar de no ver algunos de los defectos del niño, La negación del problema puede llevar a sentimientos de culpabilidad en los padres, respecto al origen del padecimiento o acerca de la forma en que están tratando a su hijo. Esto -- puede hacer que se desesperen los padres expresando agresión directa o indirecta ante la conducta de su hijo. Esta agresión, frustración y desesperación de los padres pueden llevar a una infantilización del niño, por un lado y al rechazo por el otro, llegan en ocasiones a una desorganización familiar, la que puede terminar con problemas maritales centrados en el niño.

Algunos de los aspectos en que se debe orientar a los padres -- son los citados por Domeena Renshaw y Rafael Velasco, como: el ser constantes en las reglas y disciplina, debido a que un frecuente cambio en las normas contribuye a que se incremente la hiperactividad.- La constancia se recomienda sobre todo en los cambios de actitud de los adultos y en la congruencia entre el padre y la madre, el mantener siempre la voz baja y tratar de controlar sus propias emociones; cuando el adulto se conserva sereno, el niño se calma; por el contrario, cuando se pierde el control, la actividad del niño aumenta. La violencia física debe evitarse hasta donde sea posible, dado que se-

despiertan los reflejos de autoconservación del niño quien trata de defenderse; los golpes sólo tienen como consecuencia más agresividad, -- excitación y culpa. Se recomienda aislar al niño en su cuarto hasta que recupere su autocontrol, o bien, ayudarlo a recuperar la calma.

El niño hiperquinético, al igual que los demás niños, necesita de una disciplina para obtener el dominio de sí mismo y una conducta ordenada. A este respecto, existen dos tipos de disciplina: la negativa -- que se basa en el miedo al castigo y la disciplina positiva que utiliza la identificación placentera o positiva con otras personas o con -- una tarea. Ambas pueden ser eficaces, sólo que en la primera se necesita para mantenerse de una vigilancia estricta y constante presencia -- del castigo y la segunda se sostiene por sí misma y es generalmente -- más duradera.

Los padres deben permitir que el niño aprenda las consecuencias de sus conductas y de esta manera adquirirá los elementos para enfrentarse a su medio ambiente. Muchas de sus conductas las irá modificando como consecuencia de las respuestas negativas y desagradables, las que comunmente se denominan castigos. Renshaw define al castigo como "cualquier cosa que produce dolor a la persona total, pero puesto que las -- respuestas dolorosas físicas o psicológicas, varían con los individuos, la definición de lo que es un castigo se amplía mucho". (11)

(11) Domena Renshaw, El niño hiperactivo. México, La Prensa Médica Mexicana, 1983. p. 52.

Es importante que el niño comprenda por qué está siendo castigado y que el castigo se aplique lo más pronto posible, después de cometida la acción. Existen varios indicadores de desaprobación que no son necesariamente verbales, por ejemplo una mirada, una expresión, un silencio, un aislamiento, dar la espalda, amenazar con el brazo, etc.

No se debe abusar de los reproches y de las humillaciones dado que puede disminuir la autoestima del niño, así como la de los adultos. Se debe tener siempre cuidado con lo que se dice y cómo se dice para evitar las tendencias acusatorias y que los otros miembros de la familia escojan al niño con síndrome hiperquinético como víctima de las humillaciones y reproches. Para evitar esto, se debe criticar la conducta inaceptable, pero sin usar adjetivos tratando de que la conducta del niño madure y aumente su esfuerzo, sin humillar a la persona.

Los padres deben de pensar en la importancia de la falta cometida, si su conducta afecta a otros o es destructiva, se debe recurrir al castigo.

Es importante reconocer cualquier conducta positiva por pequeña que sea, para que el niño compruebe que su buen comportamiento le proporciona el reconocimiento de los demás, y evitar el constante enfoco negativo como el de "estate quieto", "no hagas esto", "no", etc.

Es necesario distinguir entre el comportamiento y la persona, para que el niño aprenda que una cosa son los sentimientos y otra las -

acciones; de esta manera disminuye la autocolpa y se reduce la angustia. El niño necesita comprobar que su buen comportamiento general y sus buenas acciones le dan el reconocimiento y la aprobación de los demás; debe comprender que algunos actos son buenos no porque tengan un beneficio inmediato sino porque lo ayudarán a ser mejor y contribuye a que los demás también lo sean.

Las respuestas aprobatorias pueden ser verbales, o bien, no verbales como una sonrisa, un guiño, un golpecito en la espalda, un abrazo, un beso y todo aquello que demuestre reconocimiento y aprobación. Los más comunes y concretos son las estrellas, las buenas notas que se utilizan en los salones de clase, los buenos reportes escolares, los premios, los regalos y dulces.

Las recompensas materiales no ofrecen grandes ventajas sólo proporcionan al adulto una salida fácil sin comprometerse y tampoco ayudan a que los padres alcancen la total aceptación de su hijo y de su incapacidad.

Hay que tener en cuenta que la aplicación de castigos a los niños hiperquinéticos es inefectiva, puesto que ellos consideran que cualquier forma de atención es una recompensa. Se recomienda, en estos casos, que el profesor y los padres ignoren las faltas que no sean graves y cada vez que ocurra una conducta cooperativa y obediente se le resalte. Sin embargo, en ciertos casos se debe recurrir a -

los castigos severos sin abusar de ellos, ya que cuando se aplican - con menos frecuencia son más efectivos. Esta forma de disciplina puede ser desfavorable para controlar la conducta de los demás miembros del grupo familiar o escolar, por lo que hay que explicarles las causas por las que se toman dichas medidas.

Para la buena disciplina se deben de tomar en cuenta el comportamiento humano y evaluar qué partes son aceptables y qué partes son inaceptables, qué aspectos deben estimularse y cuáles descartarse, - para lo cual es necesario conocer el contexto de cada individuo, reconocer sus fuerzas y debilidades, sus capacidades y limitaciones.

El niño hiperquinético no logra superar al mismo tiempo y en la misma proporción las formas de conducta al igual que los demás niños, como puede ser la discriminación derecha-izquierda, el concepto del tiempo, o bien, el uso del reloj, el buen desarrollo de la percepción visual o auditiva, la coordinación motora de precisión, la discriminación figura-fondo, la capacidad de asimilar, retener o recordar y también la capacidad de abstracción, conceptualización y generalización. "Estas diferencias en el rendimiento del niño hiperquinético traen como consecuencia algunas dificultades emocionales, dado que, por no ser estos niños retrasados carecen de excusas para comportarse de esta forma", (12) las frecuentes molestias y la falta de causa aparente para su conducta, hacen que los adultos manifiesten - una insatisfacción general y se desesperen con estos niños. Esto oca

(12) Alfred, Freedman, et, al, Tratado de Psiquiatría, España, Salvat, p. 2434.

siona que el niño tenga un concepto negativo de sí mismo y reaccione con hostilidad.

El niño rinde muy poco y de forma inaceptable, lo que ocasiona críticas y presiones las cuales hacen que para el niño sea muy difícil tolerarlas y adaptarse a los sentimientos que se despiertan en el por estas presiones. Por lo que algunos autores consideran que estos niños son propensos a desarrollar cualquier tipo de alteración psiquiátrica como respuesta a las necesidades normales de adaptación, que requiere el proceso de maduración psicológica, sexual, social y a las necesidades impuestas por las dificultades psicológicas entre los padres.

Cuando el grado de ansiedad es mayor y el niño no consigue ningún éxito en sus intentos de adaptarse a los estímulos, intenta controlar y estructurar su entorno para asegurarse de que las experiencias sensibles son en la medida de lo posible, mínimas y predictibles. Esta estructuración puede originar conductas obsesivas y ritualistas; sin confundir éstas con la auténtica obsesión neurótica.

Cuando se permite a los niños estructurar su entorno, e incluso se le ayuda a hacerlo, su ansiedad disminuye. Por esto, es necesario que padres y maestros establezcan una estructura predecible y experiencias que sean de una intensidad soportable para el niño hiperquintico. Por ejemplo: se deben planear muy cuidadosamente los primeros momentos del día escolar, por ser para el niño momentos muy importan-

tes para establecer su tranquilidad. Todos los niños se ven expuestos a muchas experiencias en el trayecto de la casa a la escuela. Por --- ejemplo, algunos niños después de un recorrido largo en autobús, llegan a clases muy afligidos y sumamente tensos. Si hay tensión, aumenta la posibilidad de fracaso, los maestros deben asegurarse de que -- las tareas que se les dan en ese momento puedan ser cumplidas con éxito.

El maestro debe estructurar las actividades del día para el niño hiperquinético desde el inicio del curso, familiarizarlo y hacerle saber cuáles son las limitaciones de conducta que impone el grupo y ayudarlo a comprenderlas lo más que sea posible. Es muy importante que - el niño sepa y comprenda las cosas que de él se esperan y sienta que nada queda al azahar. El maestro debe explicar al niño las actividades que realizará antes de hacerlas y observar la manera en que las - realiza con el fin de detenerlo en caso de que esté equivocado y volver a realizar las actividades desde el principio con su colaboración para evitarle experimentar el fracaso. Debe hacer notar que el trabajo lo realizaron entre los dos y que así lo seguirán haciendo hasta - que el niño pueda llevar a cabo las actividades por sí sólo y tener - éxito. Lo importante es permitirle un triunfo y evitarle los fracasos y las críticas.

Es esencial que el niño aprenda aquellas habilidades que cuando-pequeño no adquirió por alguna causa, esto no sólo con el fin de que-domine las capacidades motoras que le permitan después lograr un ----

aprendizaje más complicado, sino también para adquirir confianza en sí mismo y sentir que es capaz de lograr algo. Y al lograr esas actividades sencillas que generalmente van acompañadas de éxitos le dan la oportunidad de adquirir confianza y fe. La familia puede también apoyar al niño en el logro de éxitos reafirmando de esta manera la confianza en sí mismo.

Son metas de la educación tanto en la casa como en la escuela, cambiar las experiencias de fracaso por otras de éxito, ayudar al niño a que sustituya las reacciones físicas espontáneas por un análisis de sus actos antes de realizarlos y proporcionarle un centro interno de control y ayudarlo a disminuir la tensión que le produce el responder a los estímulos externos que constantemente le rodean.

El psicopedagogo debe mantener un contacto directo con el niño, conocer cómo se ve el niño a sí mismo, lo que piensa de su problema y explicarle, de acuerdo a su edad, el motivo de la consulta; de esta manera se favorecen sus respuestas y su cooperación. Es frecuente que los adultos hablen acerca del niño sin tomarlo en cuenta.

La dificultad para ajustarse a las presiones y reglas escolares y familiares los hacen ser desobedientes. Para el niño en edad escolar es importante y crucial el establecimiento de un sentido de competencia y seguridad en sí mismo, para ayudarlo a superar los sentimientos de frustración y fracaso los cuales se ven favorecidos por sus alteraciones.

El objetivo de este apartado consiste en que el niño aprenda a aceptarse a sí mismo y logre los controles internos necesarios para aceptar su problemática y que los padres logren la total aceptación de su hijo y de sus capacidades.

3.1.2. ASPECTO COGNOSCITIVO DEL PROGRAMA DE APOYO PSICO-
PEDAGOGICO PARA NIÑOS CON SINDROME HIPERQUINETICO
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD "PORTALES"

Después de realizar el análisis de necesidades del Centro de Salud "Portales", y con base en la bibliografía consultada y en la experiencia profesional, se realizó un programa que comprendiera las áreas en las que el niño hiperquinético tiene alteraciones, señalando actividades específicas para ayudarlo a obtener un mejor desarrollo dentro del proceso de enseñanza aprendizaje.

El programa de trabajo está basado en el ejercicio de estas habilidades, para llevar al niño de lo concreto, por medio de su motricidad y manipulación, hasta lo abstracto y facilitar así el progreso del niño en el área cognoscitiva, Para el presente trabajo se seleccionaron las once habilidades donde se presentan mayores problemas de acuerdo con lo observado, tanto en las historias clínicas como en el trabajo directo que se realizó con los niños y tomando en cuenta también la bibliografía sobre el tema.

Los niños con síndrome hiperquinético presentan incapacidad para recordar ya sea a corto como a largo plazo; por esta razón deben de trabajarse las siguientes habilidades, las que ayudarán a desarrollar su memoria:

1.- Secuencia de Memoria Visual. Uno de los principales canales perceptivos utilizados en el aprendizaje es la visión, la cual combinada con la concentración y la memoria hacen que el niño asimile lo que le trasmite el medio ambiente. Si el niño presenta dificultades en esta habilidad no podrá recordar ordenadamente lo que percibe y obtiene, por lo tanto, una información parcializada lo cual afecta su aprendizaje.

Para un mejor desarrollo de esta habilidad se ha subdividido de acuerdo al apoyo que recibe de la motricidad y la audición en: visual-motora-auditiva, visual-motora y visual, para que poco a poco, se desarrolle la memoria visual y pueda, de esta manera, recordar lo que percibe.

2.- Secuencia Memoria Auditiva. La audición juega un papel importante en el aprendizaje, al igual que la visión. Cuando la información percibida por este medio no es retenida ordenadamente, ocasiona alteraciones en el aprendizaje; el niño es incapaz de llevar a cabo varias órdenes sin mezclarlas o seguir un orden preestablecido. Al igual que en la habilidad anterior, ésta se encuentra dividida en tres etapas: auditiva-motora-visual, auditiva-motora y auditiva.

Por otro lado el niño hiperquinético presenta también incapacidad en la inversión figura-fondo. Para el niño todos los estímulos tienen la misma importancia, no puede discriminar lo más importante-

(figura) de su contexto (fondo). Esta incapacidad se presenta tanto en la percepción visual como en la auditiva.

3.- Figura Fondo Visual. El niño es incapaz de distinguir estímulos visuales cuando se le presentan en conjunto.

4.- Figura Fonfo Auditiva. Su capacidad se refleja al no poder identificar un sonido determinado cuando se encuentra acompañado de otro.

5.- Relaciones espaciales. Son "la habilidad de un observador para percibir la relación de dos o más objetos en relación a sí mismos o en relación a la posición de los objetos". (13) Es posterior a la posición en el espacio. Por medio de la percepción el niño logra relacionarse con su medio ambiente y obtiene así, una relación de posición con los objetos o personas que lo rodean.

6.- La posición en el espacio consiste en la relación de un objeto respecto al observador. Ambas habilidades facilitan la percepción de secuencias y la relación de las partes con un todo. La incapacidad en esta área provoca que al niño se le dificulte situarse en un plano; por consiguiente ocasiona problemas en las matemáticas, en la lectura y la escritura.

(13) Ma. Teresa Silva y Ortiz, La Percepción Visual en los Primeros años de aprendizaje según el programa de Frostig, México UNAM. ENFP, 1979. p 21

La asociación es la habilidad que favorece la agrupación de las percepciones e imitaciones para construir un sistema de relaciones que ayude al niño a pasar de un concepto a otro. La asociación es la habilidad que ayuda al niño en su capacidad de abstracción, se divide en dos: asociación auditiva y visual.

7.- Asociación Auditiva. Consiste en relacionar palabras y sobre todo conceptos de manera significativa, según sus características comunes. Un niño con incapacidad en esta habilidad no podrá relacionar o encontrar semejanzas al decirle por ejemplo: zapato, vestido, blusa.

8.- Asociación Visual. El niño relaciona símbolos visuales de manera significativa; si se le presentan en una hoja las siguientes figuras: tortuga, oso, niño. Deberá encontrar cuáles son las figuras que tienen relación entre sí por sus características comunes más notorias, en este caso, tortuga y oso por pertenecer al reino animal.

9.- Coordinación Visomotora. Permite al niño coordinar los movimientos del cuerpo con la visión; la incapacidad en ella dificultará la gran mayoría de las acciones del niño y por lo consiguiente su aprendizaje; por ejemplo, no podrá escribir correctamente o tomar algún objeto sin torpeza, etc.

10.- Temporalidad. Permite al niño situarse en el tiempo, dis-

tinguir el antes, el ahora y el después.

11.- Análisis y síntesis. El análisis ayuda al niño a comprender las partes que conforman un todo. El niño con dificultades en esta área no puede extraer las ideas principales que se le presentan en un párrafo, o no se da cuenta de qué letras forman una palabra, etc. La síntesis es el complemento del análisis, permite conjugar las partes en un todo. La adquisición de esta habilidad asegura el logro del aprendizaje.

La incapacidad en cualquiera de las habilidades antes mencionadas dificulta el buen funcionamiento dentro del área cognoscitiva; el niño con síndrome hiperquinético presenta un retraso académico en comparación con el resto de su grupo escolar. Es por esto necesario ejercitar la lectura, la escritura y las matemáticas, para darle mayor confianza en sí mismo.

Esto es importante, ya que en el caso del niño hiperquinético, éste tiene, como se vió anteriormente, una baja tolerancia a la frustración, y ésta se presenta cuando el niño debe realizar un examen, o cuando se ve que, a pesar de sus esfuerzos, no logra resultados; es por esto necesario ayudarle a que tenga bases en las principales áreas académicas, para evitar que sufra ansiedad y su hiperactividad aumente.

El niño se desenvuelve dentro del medio cultural, que le aporta nuevas experiencias por medio de la información. El niño confronta estas nuevas experiencias con las de los demás y la suya propia, por medio de la lectura y la escritura para realizarla.

Dentro de la lectura se dan dos actividades, el descifrado y el reconocimiento. "Descifrar es encontrarse frente a un signo complejo no conocido y cuyo sentido debemos descubrir... el reconocimiento obedece a mecanismos totalmente distintos. Reconocer es globalizar". (14) Dentro del descifrado el niño debe reconocer los 28 fonemas utilizados en el lenguaje, distinguir el grafema con el que se presentan en la escritura, asociar los sonidos correspondientes para después recomponer fonéticamente la palabra para obtener su sentido.

Por otro lado, la escritura se desarrolla dentro del campo motor, tiene lugar en un espacio determinado, implicando la imitación de un movimiento en cierta dirección con una copia de fonemas y el trazo de líneas en un espacio definido. La escritura no es posible si el niño no ha adquirido la manipulación simultánea de las relaciones arriba-abajo, derecha-izquierda. Pero lo más importante en la escritura no es sólo el grafismo, sino el sentido simbólico que tiene y los valores significativos.

(14) Jeanne Bandet, Aprender a Leer y Escribir, España, Fontanella, 1974, p.39

Una de las áreas en las que los niños con problemas de aprendizaje presentan mayores dificultades por el nivel de abstracción requerido, son las matemáticas. En esta área se debe de distinguir la aritmética de la matemática. La aritmética es "la ciencia de los números y el cálculo con ellos, es decir, suma, resta, multiplicación y división" (15) y la matemática es "la ciencia abstracta, las fórmulas, la distribución y la magnitud", (16)

La aritmética es de naturaleza más concreta y no está muy alejada del manejo común de los objetos. Los ejercicios concretos son necesarios por ser una etapa provisional para el desarrollo de las operaciones, por medio de éstos se busca guiar al niño a la abstracción para que entienda mejor el pensamiento matemático.

Se sugiere para la aplicación de este programa se conozca en primer lugar el nivel de desarrollo, en el niño, de cada una de las habilidades comprendidas en el programa, ya que de esta manera se pueden iniciar las actividades de cada habilidad en el nivel en que se encuentra el niño.

El programa presenta actividades para cada una de las habilidades, con el material necesario para realizarlas y con el tiempo aproximado. Las actividades que se mencionan son sólo una guía, ejercicios bases para que el psicopedagogo realice variaciones dependiendo de las necesidades del grupo y la creatividad del terapeuta, el -

(15) Bill R. Gearheart, La Enseñanza en los Niños con Trastornos de Aprendizaje, Argentina, Panamericana, 1985, p.166

(16) Idem.

cual puede enriquecer las sesiones con la gran cantidad de libros que existen en el mercado, lo importante es que cumpla con el objetivo y se desarrollen las habilidades antes mencionadas.

Para fines didácticos y para facilitar la comprensión del programa, las actividades se han agrupado de acuerdo con la habilidad que más se ejercite, pero la mayoría de las veces una actividad sirve para ejercitar varias habilidades.

Las actividades llevan una secuencia progresiva en grado de dificultad, por lo que es importante llevar un registro de avances y abarcar en cada sesión todas las habilidades, por esto se señala que el tiempo es aproximado, aunque es importante que se aumente la duración del mismo en las actividades, ya que esto muestra un avance en la capacidad de concentración del niño, mayor atención y control de sus impulsos.

Otro aspecto importante dentro del programa es el área afectiva, basada en la motivación emocional que se debe dar al niño en la familia y en la escuela. Sería limitado centrarse sólo en el aspecto cognoscitivo, debido a que se encuentran involucrados otros aspectos y no se obtendrían los mismos resultados. El niño debe sentirse capaz de realizar las actividades correctamente, su baja tolerancia a la frustración hace que sea necesaria e importante una constante motivación en sus actividades.

El programa de apoyo psicopedagógico se realiza pensando en las necesidades de los niños de cinco a doce años de edad. El psicopedagogo debe evaluar periódicamente, se recomienda cada tres meses, el avance del niño dentro de las habilidades y dependerá del progreso - mostrado el tiempo que se trabaje con el niño.

El objetivo de este programa es que el niño adquiera habilidades para el desarrollo dentro del proceso de enseñanza aprendizaje, pero esto no lo puede hacer por sí sólo, se necesita de la ayuda del medicamento y de la psicoterapia, para que el niño sea capaz de superar su problemática y obtenga los mejores resultados en todas las áreas tanto en su vida familiar, en la escuela, como en su desenvolvimiento social.

3.2 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE APOYO PSICOPEDAGOGICO PARA NIÑOS CON SINDROME HIPERQUINETICO

Objetivo general del programa: El niño desarrollará las habilidades que, en alguna medida, están afectadas como consecuencia de la problemática que representa el síndrome - hiperquinético, para obtener un buen desenvolvimiento dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje.

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES*
Secuencia Memoria Visual	El niño reproducirá series de estímulos visuales para desarrollar su memoria a corto y largo plazo.				
a) Visual Motora Auditiva	El niño seguirá las secuencias que se le presenten con la ayuda de su cuerpo y - cído.	e) Secuencias con pelotas El niño repite la secuencia que el terapeuta realiza con una pelota. Se le presentan secuencias - que vayan en orden de dificultad, desde un bote - hasta combinaciones de va rios botes, de lado, atrás, delante, etc.	Pelotas	3 min	5 años

(*) Se indica la edad en la que el niño puede realizar los ejercicios que se señalan.

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		<p>b) Secuencias con el cuerpo. Se le pide al niño que repita la secuencia que el terapeuta realiza, utilizando su cuerpo, aplaudiendo, zapateando, etc. y la mezcla de ellas, zapatear al mismo tiempo que se aplaude, etc. El terapeuta debe ir disminuyendo el sonido al producir sus movimientos.</p>			5 años
b) Visual Motora	El niño desarrollará su memoria dentro del campo visual con ayuda de su cuerpo.	<p>a) Reacomodar objetos. El terapeuta coloca sobre la mesa un conjunto de objetos en un orden, se le pide al niño que los observe y se da la vuelta. Se mezclan los objetos, y el niño debe colocarlos en el orden que estaban.</p> <p>b) Reacomodar al grupo. El terapeuta coloca al grupo en línea y pide a uno de los niños que los observe y se retire del salón. Los demás miembros del grupo se mezclan y el niño debe colocarlos en</p>	Varios objetos de uso común.	5 min	Se pueden sustituir los objetos por tarjetas. 5 años
				5 min	5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		el orden en que se encontraban.			
		c) Recordar objetos. El terapeuta coloca diferentes objetos sobre la mesa, pidiéndole al grupo que observe durante 15 seg. Se le pide a uno de los niños que salga del salón, se retira uno de los objetos de la mesa. El niño debe identificar al que se retiró.		5 min	5 años
		d) Formando palabras. Se coloca al grupo en semicírculo, - se le da a cada uno de ellos una tarjeta con una letra, - enfrente de ellos se coloca el terapeuta con una tarjeta que contenga una palabra para formar. Se muestra la palabra durante 15 seg., y después el grupo debe de formar la misma palabra.	Tarjetas con palabras y letras	5 min	6 años
		e) Completar figuras. Se le entregará a cada niño un dibujo incompleto que él debe -	Dibujos incompletos.	5 min	Ver anexo 2. 5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		realizar siguiendo el orden de los números en forma progresiva.			
c) Visual	El niño recordará - secuencias presentadas en forma visual.	a) Recordar nombres. Se pide a los niños que cada uno escriba su nombre y se coloca la hoja en su lugar; después se les pide que salgan del salón, se cambian las hojas, para que cada niño busque la suya.	Hojas y Colores	5 min	6 años
		b) Secuencia de tarjetas. El terapeuta coloca una secuencia de tarjetas sobre la mesa. Se pide al niño que las observe durante 15 seg. (después se disminuye este tiempo), se retiran las tarjetas y se le pide al niño las mencione en el orden dado.	Tarjetas	1 min por <u>se</u> cuen- cia	5 años
		c) Actividades del hogar. Primero se realiza con el niño alguna actividad doméstica. Después se le pide que repita la	Trastes jabón, - etc. Se- gún la	10 min	5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		secuencia que debe seguir para realizarla. (Lavar trastes, - tender camas, etc.)	actividad		
		d) Cuentos incompletos. Se le - da al niño una hoja con un <u>cu</u> ento al cual se le han omitido <u>al</u> gunas palabras sencillas para - que llene espacios.	Hojas con cuentos	10 min	Ver Anexo 2. Si al prin <u>ci</u> pio se - dificulta se puede - hacer una lista de - palabras. 6 años.
		e) Recordar las actividades del día antes de llegar a la escuela. Se le pide al niño que narre las actividades que ha realizado durante el día.		7 min	Con esta - actividad se puede - comenzar - la sesión. 5 años.
		f) Recordar actividades escolares. Decir al niño que describa las primeras cinco acciones que realizó cuando entró al salón o cuando llegó a la escuela.		5 min	5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
Secuencia Memoria Auditiva	El niño reproducirá en orden los estímulos auditivos que se le presenten desarrollando de esta manera su memoria.				
a) Motora Auditiva	El niño desarrollará su memoria auditiva ayudándose del cuerpo y la vista.	a) Comprensión de órdenes. Se le dan al niño una serie de indicaciones para que él las ejecute en el orden señalado.		3 min	5 años
		b) Medio ambiente. Se le pide al niño que reproduzca 10 sonidos de su medio ambiente.		3 min	5 años
		c) Reproducción de sonidos. - Se le pide al niño que repita la serie de sonidos que el terapeuta produce con diferentes objetos.	Varios objetos para producir sonidos.	5 min	5 años
		d) Sonidos de animales. Colocar varios dibujos de animales sobre la mesa. El terapeuta dice el sonido onomatopéyico del algún animal y el	Tarjetas de animales.	5 min	Una variante del ejercicio anterior con mayor

M-000617

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		dibujo debe ser tomado por el niño, según corresponda. Ej. /guau-guau/ - Perro			grado de dificultad. Se ponen en la mesa varios objetos conocidos se menciona una sílaba contenida en el nombre, para que el niño tome el objeto. Ej. Pa - mapa 5 años
		d) Contar un cuento. El terapeuta narra un cuento, al mismo tiempo muestra láminas, el niño debe de reproducir la secuencia de las gráficas y del cuento.	Cuento con láminas	10 min	5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
b) Auditiva Motora	El niño seguirá se- cuencias auditivas con ayuda de su - cuerpo.	a) Lazarillo y ciego. Se pide a uno de los niños que se tape los ojos con una pañoleta y otro de los niños lo guiará por el salón tratando de que no toque los muebles.	Pañoletas	5 min	5 años
		b) Repetir sonidos. Con los ojos tapados se le pide al niño que reproduzca los sonidos que el terapeuta realiza. (Aplaudiendo, zapateando, etc.)	Pañoletas	5 min	5 años
		c) Ejecutar instrucciones. Se le da al niño una secuencia de instrucciones verbales que debe realizar en el orden dado.		10 min	5 años
		d) Canciones de sustitución. - Cantar una canción y sustituir cada vez una palabra por sonidos y/o señales.	Canciones		Ver anexo 2
		e) Representación de historias. El terapeuta narra una historia y el niño la representa -	Historias	10 min	5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		corporalmente (mímicamente), después de cada frase de la historia.			
c) Auditiva	El niño desarrollará su memoria por medio del canal auditivo.	a) Listas de palabras. El terapeuta lee una lista de 3 palabras, se le pide al niño que repita en el orden preestablecido.	Listas de palabras	3 min	Una variante es hacerlo con números. Aumentar la cantidad de palabras - conforme a la capacidad del niño. 5 años.
		b) Repetición de cuentos. Leer un cuento y pedirle que lo repita con una secuencia lógica.	Cuento	5 min	5 años
		c) Trabalenguas. El terapeuta dice un trabalenguas, y luego el niño lo repite.	Trabalenguas.	5 min	Ver anexo 2 5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
Figura Fon- do Visual	El niño disdinguirá la figura del fondo que se le presenten	a) Localizar la figura. El terapeuta realizará previamente dibujos de una figura sobre la cual se harán diferentes trazos, para disimular la figura el niño deberá delinear la figura principal para resaltarla.	Dibujos con trazos	5 min	Ver anexo 2 5 años
		b) Figuras sobrepuestas. Se le entregará al niño una hoja con dibujos de figuras sobrepuestas el niño deberá delinear con diferentes colores cada una de ellas.	Dibujos sobrepuestos	6 min	Ver anexo 2 5 años
		c) Identificar signos. El terapeuta proporcionará al niño diferentes lecturas y le pedirá al niño que subraye algún signo todas las veces que lo encuentre, dar inicio con palabras para después pedirle signos o gráficas.	Textos pequeños	5 min	5 años
		d) Encontrar objetos. El terapeuta pedirá al niño que busque en el salón los objetos que él le -		2 min	5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		indique. Para mayor grado de dificultad, pedirle que busque <u>for</u> mas.			
Figura fon- do auditivo	El niño reconocerá los diferentes sonidos que se encuentran inmersos en su medioambiente.	a) Discriminación de sonidos. El terapeuta pedirá al niño que <u>men</u> cione los diferentes sonidos que se escuchan en el salón.		1 min	5 años
		b) Identificar sonidos. Se le pondrán al niño cassettes con diferentes sonidos familiares que deberá identificar. Ej. Avión, campana, camión, etc.	Grabadora cassette con sonidos fami- liares.	3 min	5 años
		c) Identificar el origen de los sonidos. El niño debe distinguir los sonidos y el origen de estos. Ej. Risa, distinguir si es de hombre, mujer, niño, etc.	Grabadora cassette	3 min	Es una variante del ejercicio anterior 5 años
		d) Discriminar un cuento de una canción o una conversación. Es importante seguir una secuencia que vaya de canción; cuento con fondo musical; conversación; y cuentos grabados por diferentes personas al mismo tiempo y para	Grabadora cassette	5 min	5 años (dependien do del gra do de difi cultad de la graba- ción)

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		mayor grado de dificultad, grabar un cuento y una canción sobrepuestas para que el niño las distinga y los relate después.			
Coordinación visomotora	El niño desarrolla la habilidad de conjuntar sus movimientos con la visión.	a) Se le entrega al niño una hoja de 40 x 50 para que realice trazos con cada una de las manos y luego con ambas poniendo en movimiento los hombros, el brazo, el antebrazo y la mano.	Hojas, lápices de colores.	4 min	5 años
		b) Laberintos. El terapeuta realizará laberintos que el niño deberá resolver sin tocar las líneas del contorno. Hay que recordar la secuencia de los laberintos comenzando por el recto, semiestructurado y complejo.	Laberintos	3 min	Ver anexo 2 5 años
		c) Delinear dibujos. El niño delineará un dibujo con color, tratando de no salirse de la línea y sin separar el lápiz del papel.	Dibujos y colores.	3 min	Ver anexo 2 5 años
		d) Unir líneas siguiendo la numeración. Se entrega al niño una hoja en la cual se han dibujado segmentos de líneas	Hojas con segmentos de líneas	3 min	Ver anexo 2 5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		mentos de líneas paralelas en diferentes lugares de la hoja, numerados. El niño deberá pasar una línea entre las paralelas sin tocarlas y seguir la numeración.	paralelas		
		e) Insertar objetos. Se dan al niño cuadritos y bolitas de madera o plástico para que los inserte en una agujeta, de acuerdo con los esquemas que el terapeuta muestre.	Cuadros y bolitas de plástico o madera agujetas. Esquemas.	5 min	5 años
		f) Repetir esquemas. Se le entregarán al niño esquemas en hojas punteadas, que se han unido con líneas tendrá que repetirlo en otra hoja punteada.	Esquemas. Hojas punteadas.	5 min	Ver anexo 2 5 años
		g) El niño debe identificar con los ojos cerrados las letras de diferentes texturas que le propone el terapeuta.	Abecedario en diferentes texturas	3 min	6 años
Posición en espacio	El niño reconocerá su posición en relación a los objetos y personas que le rodean.	a) Localización de objetos en el salón. El terapeuta pedirá a los niños que nombren los objetos o personas que se encuentran arriba, abajo, atrás, etc. Es imper-		3 min	5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		tante la localización del niño - con respecto a sus compañeros y - terapeuta.			
		b) Localización de objetos en el plano. Se da al niño una hoja que contenga una serie horizontal de diferentes figuras; el terapeuta le pedirá que señale las figuras que él le indique de acuerdo con la relación que guardan entre sí. Ej. Encierra en un círculo la - flor que está arriba y a la dere <u>ch</u> a de la hoja.	Hoja de di bujos	3 min	Ver anexo 2 5 años
		c) Seguir instrucciones dentro de un plano. En una hoja blanca se pedirá la niño que siga las ins- trucciones que le dará el tera- apeuta. Ej. Pon tu nombre en el - centro de la hoja, dibuja un <u>cí</u> culo en el extremo inferior ex- terno, etc.	Hojas	3 min	5 años
		d) Identificar la orientación de dibujos. Se proporciona al niño una hoja que contenga figuras en	Hojas	5 min	5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		diferentes direcciones y posiciones. En la parte superior de la hoja se colocará la clave que el niño deberá utilizar para señalar la dirección del dibujo.			
		e) Identificar derecha e izquierda en su cuerpo. El niño identificará cual es su mano derecha, pie izquierdo, etc. También se puede pedir que identifique el pie izquierdo de su compañero, etc.		3 min	5 años
		f) Identificar derecha e izquierda en diferentes posiciones. Se entrega al niño una hoja dividida en doce cuadros y cada uno de ellos con una cara en diferente posición, se le pide que en cada uno de ellos señale la oreja izquierda y derecha sin mover la hoja.	Hojas - con caras	5 min	Ver anexo 2
Relaciones espaciales	El niño reconocerá la posición de dos o más objetos o personas entre sí.	a) Mencionar ubicación de objetos. El niño deberá señalar la posición que guardan los objetos o personas en relación a		3 min	6 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		otros objetos y personas. Ej. A la derecha del pizarrón está la ventana.			
		b) Reproducción de dibujos sobre coordenadas. Se proporciona al niño un dibujo realizado sobre papel cuadriculado y se pide que lo repita en una cuadrícula más grande; para ayudarlo se numeran los cuadros.	Dibujos sobre cuadrícula	10 min	Ver anexo 2 8 años
		c) Submarinos. Se forman dos equipos y a cada uno se le entrega una hoja cuadriculada, se numeran los cuadros horizontales y se pone una letra a los verticales. Se les pide que dibujen cinco barcos o submarinos que ocupen 5,4,3,2,1 cuadros respectivamente, esto sin que el contrario vea; después tendrá cada equipo un turno para adivinar la localización de los barcos del equipo contrario. El ejercicio termina cuando uno de los dos adivina todos los barcos.	Hojas cuadriculadas	15 min	Si la sesión es individual - el terapeuta participa en el ejercicio.

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		d) Orientación en un mapa. Se elabora el croquis de un poblado, - con parque, tienda, cine, escuelas, etc. Se le pedirá que describa el camino que se debe seguir para ir de un lugar a otro.	Croquis	5 min	Ver anexo 2 7 años
Temporalidad	El niño <u>identificará</u> el pasado presente y futuro en sus acciones y - las de su entorno.	a) Actividades diarias. Se pide - al niño que relate en orden secuencial, las acciones que realizó durante el día.		5 min	5 años
		b) El terapeuta relata un cuento y pide al niño que repita - las acciones utilizando; antes, ahora, después. Para este ejercicio se pueden usar preguntas específicas.	Cuentos	5 min	5 años
		c) Secuencias de figuras. Se - entregan al niño una serie de <u> dibujos</u> que forman una historia, - se le entregan en desorden para que él las ordene y narre la <u> historia</u> .	Dibujos que forman una historia.	7 min	Ver anexo 2 5 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		d) Imaginar acciones. El terapeuta preguntará al niño qué pasos seguiría para llevar a cabo determinada acción. Ej. ¿qué harías si quieres ir al cine?		5 min	7 años
Asociación Visual	El niño relacionará significativamente dos o más - objetos presentados visualmente.	a) Localizar la figura diferente. Se le entrega al niño una hoja con líneas de figuras, entre las cuales habrá una que no corresponda, ya sea por utilidad, forma, tamaño, etc. El niño deberá encerrarla en círculo.	Hojas con líneas de figuras	3 min	Ver anexo 2 5 años
		b) Clasificación de objetos. Se le entregan al niño una serie de tarjetas, para que él las clasifique según sus características. Ej. Las cosas de color verde/rojo.	Tarjetas de diferentes figuras.	3 min	5 años
		c) Asociación de características. Sobre un cartón cuadrulado, se colocan en la parte superior cuatro características, comenzar con los opuestos, tamaños y longitudes en el extremo izquierdo de manera vertical se colocan -	Cartón cuadrulado y tarjetas con características.	5 min	Ver anexo 2 Este ejercicio también se puede - realizar en hojas, dibujando las -

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		cuatro dibujos diferentes. El niño debe asociar los dibujos con las características en el cuadro correspondiente.			características. 8 años
		d) Relacionar objetos. Se muestran al niño varias tarjetas en las que aparezcan en el margen izquierdo dos dibujos que guarden cierta relación, en el lado derecho se colocan cinco dibujos en desorden, el niño deberá encontrar la misma relación que existe del lado izquierdo en los dibujos del lado derecho. Ej. Si del lado derecho hay un martillo y un clavo, y del lado izquierdo hay un reloj, una piedra, un desarmador, un niño y un tornillo, el niño debe unir el desarmador con el tornillo.	Tarjetas	3 min	8 años
Asociación Auditiva	El niño relacionará significativamente sonidos y palabras.	a) Relacionar palabras. El terapeuta menciona secuencias de cinco palabras para que el niño señale las que tengan alguna	Lista de palabras.	4 min	7 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		relación y que explique en qué - consiste ésta. Ej. árbol, manzana, plátano, plato, guitarra, se unen plátano y manzana porque son fru- tas.			
		b) Relacionar objetos. Se le men- cionan al niño tres objetos que - tengan alguna relación entre ellos, se pide que explique en qué con- siste ésta. Ej. En qué se parecen la leche, el té y el café.		3 min	8 años
Análisis y Síntesis	El niño comproba- rá que un todo es- tá compuesto de va- rios elementos y - la interrelación - de éstos para for- mar un todo.	a) Rompecabezas. El terapeuta pro- porciona al niño rompecabezas de grado de dificultad progresivo. b) Lectura de párrafos. El niño - leerá un párrafo de algún texto y extraerá las ideas principales. c) Formar palabras. Se hacen cin- co juegos de tarjetas con cada - una de las letras del abecedario, se revuelven y se colocan boca - abajo, el niño toma siete tarje- tas y debe de formar una palabra	Rompecabe- zas	10 min	5 años
			Tarjetas	5 min	8 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		con esas letras tratando de ocupar la mayor parte de ellas.			
		d) Historia a partir de una frase. El terapeuta da una lista de 10 frases que le servirán al niño para formar una historia.			
		d) Historia a partir de una frase. El terapeuta da una lista de 10 frases que le servirán al niño para formar una historia.	Lista de frases	7 min	7 años
Lectura	El niño adquirirá las bases de una lectura adecuada y comprenderá las ideas principales de un texto escrito.	a) Lectura cronometrada. El niño lee en voz alta un texto pequeño, que contenga alrededor de 100 palabras. Se tomará el tiempo. Se deberá de tratar de que en un principio el niño lea 50 palabras por minuto y aumentar progresivamente hasta llegar a 300 palabras.	Textos	1 min	6 años
		b) Comprensión de lectura. Elaborar preguntas sobre un texto que haya leído el niño, se le pide que sus respuestas sean concretas.	Texto	3 min	Se pueden trabajar con un mismo texto - todos los ejercicios. 6 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		c) Resumen oral. Se le pide al <u>ni</u> ño que después de haber leído un texto lo repita con sus propias palabras.	Texto	3 min	Aumentar el grado de <u>dí</u> ficultad del texto en - cada sesión. 7 años.
		d) Resumen escrito. El niño reali zará un resumen escrito de la <u>lec</u> tura que el terapeuta señale.	Texto <u>cu</u> aderno lá- piz.	5 min	Se deben - trabajar todas las actividades de esta - área en <u>ca</u> da sesión. 7 años.
Escritura	El alumno expresa rá mediante el - leguaje escrito sus ideas y sus - sentimientos.	a) Copiar textos. Se pide al niño que memorice dos, tres, cuatro, - cinco o seis palabras de un texto y las escriba.	Texto cuaderno lápiz	4 min	6 años
		b) Dictado. El terapeuta dictará un texto, dirá las frases comple tas, para que el niño las reten ga y escriba.	Texto <u>cu</u> aderno, lá piz	3 min	6 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		c) Composición. El terapeuta da - al niño un tema para que realice una composición con un mínimo de 5 renglones, los cuales se irán aumentando.	Cuaderno lápiz	5 min	Es importan <u>te</u> que se - tome en - cuenta la calidad de la letra y el orden en la escritu <u>ra</u> . 8 años.
		d) Composición libre. El niño rea <u>l</u> izará una composición de tema li <u>br</u> e, comenzará con 10 renglones, los cuales se aumentarán progresi <u>v</u> amente.	Cuaderno lápiz	7 min	8 años
Matemáticas	El niño aplicará las cuatro oper <u>g</u> ciones básicas a problemas coti <u>d</u> ianos.	a) El alumno debe realizar las - cuatro operaciones básicas (suma, resta, multiplicación y división) Aumentar en cada sesión el número de dígitos. b) Ejecución mental de operacio <u>n</u> es. El terapeuta pide al niño - que resuelva mentalmente las ope <u>r</u> aciones que se le señale. Ej. $15 + 11 - 5 = ?$	Cuaderno lápiz	7 min	Ver anexo 2 8 años
				5 min	8 años

HABILIDADES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
		c) Resolución de problemas. Se - dan al niño por escrito proble- mas en los cuales tendrá que uti- lizar las cuatro operaciones bá- sicas para resolverlos.	Hojas con problemas matemáticos	10 min	8 años

4, CONCLUSIONES.

El síndrome hiperquinético fue considerado como un cuadro clínico específico en 1902, distinguiéndolo de otros trastornos de conducta. Gracias a Still quien publicó una investigación sobre la sintomatología del síndrome hiperquinético. A partir de este momento - los investigadores adoptaron dos posturas ante la hiperactividad, - Unos la consideraron un síntoma más del síndrome hiperquinético que junto con otros síntomas se manifestaban en alteraciones en la atención, la hiperactividad motora y de conducta. Otros investigadores consideraron la hiperactividad como una alteración única sin otras manifestaciones.

El término hiperquinesia fue durante mucho tiempo de uso ambiguo dentro de la literatura médica. Fue en 1964 cuando dos asociaciones americanas de neurología se preocuparon por definirlo, encontraron que existía una gran variedad de términos para denominar este trastorno. El último de estos términos es el que señala el "Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales" de la American Psychiatric Association (DSM-III) en donde se denomina como "trastorno de la atención, hiperactividad". Algunos de los síntomas que destacan son la hiperactividad, distractibilidad y la agresión.

El síndrome hiperquinético es abordado por tres disciplinas, - la medicina, en sus ramas de neurología y psiquiatría; la psicología y la pedagogía.

La aportación más importante de la medicina fue descubrir que las amfetaminas proporcionaron resultados positivos para el control de la actividad en los niños con síndrome hiperquinético. Posteriormente se descubrió que algunos antidepresivos, como la imipramina también favorecían el control de la actividad de estos niños. Así mismo estudiaron los efectos de medicamentos de tipo natural, como la cafeína, que aparentemente, ayudaba a contrarrestar la hiperactividad.

En la psicología y la pedagogía se ha diferenciado al síndrome hiperquinético de otras alteraciones psiquiátricas, como la esquizofrenia, la neurosis y la demencia, por lo que se ha dejado de atender al niño con síndrome hiperquinético en hospitales psiquiátricos. Actualmente son atendidos los niños con estos trastornos, en instituciones y clínicas especializadas en problemas de aprendizaje.

Las alteraciones de conducta y los problemas de aprendizaje que comúnmente presentan los niños con síndrome hiperquinético se pueden deber a que el cerebro o alguna porción del sistema neurológico no trabaja en forma apropiada. Esto puede suceder por alteraciones genéticas, bioquímicas o traumatismos cerebrales, los cuales pueden darse en los períodos pre, peri o postnatales.

En el caso de que exista una lesión cerebral en el lóbulo temporal, esta afectará los procesos de la memoria, la percepción, la concentración, la atención, el análisis y la síntesis. Si se localiza en

el lóbulo frontal afectará la motricidad y la planeación del niño,

Para el diagnóstico del niño con síndrome hiperquinético, es necesario que éste se realice por medio de un equipo interdisciplinario. El médico atiende el desarrollo psicobiológico del niño; con este fin recopila los antecedentes del embarazo de la madre, del parto y sobre todo del proceso de evolución psicomotriz del infante, además de realizar una exploración física general del niño. Al neurólogo le corresponde realizar el examen neurológico el cual comprende análisis de fondo de ojo, reflejos, entre otros, además de un estudio electroencefalográfico y cuando es necesaria una tomografía,

Al psicólogo le corresponde la evaluación de su desarrollo psíquico, el estudiar su entorno familiar, social y orientar a los padres en las actitudes que deben adoptar para conducir adecuadamente al niño.

El pedagogo analizará la evolución del desenvolvimiento educativo, al mismo tiempo orientará a los padres y maestros sobre la atención que requiere el niño hiperquinético en este aspecto,

Es importante, para elaborar un diagnóstico confiable, diferenciar el síndrome hiperquinético de otros trastornos con los que pueda confundirse por su sintomatología; como en el caso de la epilepsia de pequeño mal, el síndrome de Corea de Synderham, el síndrome orgánico encefálico o bien, con una inmadurez en las esferas emocional, visomotora, psicomotriz y social.

Al igual que el diagnóstico, el tratamiento se debe abordar por cada una de estas disciplinas. El tratamiento médico ayudará a contrarrestar la actividad del niño hiperquinético al administrarles estimulantes, de esta manera favorece el progreso en la concentración, el control de la actividad del niño y mejora la percepción y la coordinación.

Se debe vigilar cuidadosamente el resultado que se obtiene con determinados medicamentos para lograr obtener los mejores resultados con el menor número de fármacos y con las dosis más bajas.

Al tratamiento psicoterapéutico le corresponde la atención a la familia y al niño con síndrome hiperquinético. Algunos de los aspectos más importantes que se abordaron aquí son la orientación a los padres sobre las actitudes que deben tener hacia el niño hiperquinético, como evitar las presiones emocionales y el rechazo, para que de esta manera no aumente la ansiedad del niño. Por otra parte, está el tratar de lograr que el niño se acepte a sí mismo con su problemática y la comprenda hasta donde sea posible, para aumentar su autoestima.

Dentro del tratamiento pedagógico, se busca mejorar su desenvolvimiento académico, al desarrollar aquellas habilidades que se encuentran con algunas deficiencias. Además, ayudar al niño hiperquinético a organizar y programar sus actividades en horarios más o menos establecidos y dosificar la cantidad de estímulos que pudiera recibir en un día, con la idea de controlar su ansiedad y por consiguiente su hiperactividad.

Una de las inquietudes que motivaron a elaborar este trabajo de tesis fue la de realizar una propuesta para que al niño con síndrome hiperquinético se le proporcione un tratamiento integral, en donde se atiendan las posibles alteraciones que pueden ocasionar dicho síndrome; se partió de la idea de que el tratamiento debe ser interdisciplinario, se enfocó más al aspecto psicopedagógico, por ser el campo de mayor interés para quienes elaboraron dicho trabajo de tesis.

Al haberse planteado como objetivo de este trabajo de tesis, el crear un programa de apoyo psicopedagógico para el Centro de Salud "Portales" que permitiera desarrollar en el niño con síndrome hiperquinético aquellas habilidades que no ha desarrollado adecuadamente y que obstaculizan el proceso de aprendizaje, se acudió a dicho Centro a observar e investigar sobre las necesidades que presentaban los niños en esta área y conocer el tipo de atención que les brindaban en este Centro.

Se pudo comprobar que no existía un programa bien definido para el tratamiento de estos niños, ni tampoco una atención específica para proveer al niño hiperquinético de los medios necesarios para su desenvolvimiento académico, familiar y social.

El niño necesita recibir una atención psicopedagógica que atienda sus necesidades escolares, familiares y socioemocionales, por lo que se propone un programa psicopedagógico, en este trabajo de tesis, el cual se ofrece como una alternativa para que el niño con síndrome hiperquinético

sea atendido sin excluirllo de su ambiente escolar; familiar y social, como sucedería si se le internará en alguna institución.

En las escuelas no existen programas elaborados específicamente para las necesidades de estos niños, no les brindaba una atención específica para sus necesidades.

El interés por dar al niño con síndrome hiperquinético una atención adecuada a sus características y necesidades surgió al observar que los profesionales en esta área siguen realizando generalizaciones de trastornos en torno a la disfunción cerebral mínima y por consiguiente los tratamientos no son los adecuados para los trastornos que cada problema presenta.

Cabe señalar que este es un primer acercamiento para satisfacer dicho interés, se invita a los lectores que se desenvuelven profesionalmente en este campo, a que continuen investigando sobre cómo se les puede brindar un mejor apoyo a estos niños con síndrome hiperquinético y de ser posible lleven a efecto la propuesta del programa de apoyo psicopedagógico que aquí se ha hecho, con el fin de obtener resultados óptimos en el tratamiento del niño con dicho síndrome.

5. BIBLIOGRAFIA.

- AJURIAGUERRA, J. de Manual de psiquiatría infantil, México, Masson 1980. 984 p.
- AJURIAGUERRA, J. de La escritura del niño, 4 ed V. I. y II. Barcelona, Laila, 1981. 414 p. (Col. Pedagogía)
- ALARID, Humberto Jaime, et.al. Fundamentos de medicina familiar -- México, s/e, 1982 249 p.
- ALPERS, Bernard. Neurología Clínica, 2 ed. México Interamericana - 1952. 830 p.
- ANDERSON y Anderson, Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. 9 ed, Madrid, Rialp, 1976. 799 p.
- AXLINE, Virginia M. Terapia de Juego. México, Diana, 1983, 383 p.
- BADOUT, E. Diccionario de medicina. México, Editorial Nacional. -- 1952. 839 p.
- BALDESSARINI, Ross J. La quimioterapia en psiquiatría, España ---- Salvat. 1981, 918 p.
- BANDET, Jeanne. Aprender a leer y a escribir. España, Fontanella - 1974, 319 p. (Serie educación No. 20)
- BELLEY, A. Niños inestables, 6 ed. España, Luis Miracle, 1968. 166p.
- BENDER, Lauretta, Test gestáltico visomotor. V 7. Buenos Aires. - Paidós. 1975, 260 p. (Serie Mayor)

- BOWLEY, H. Agatha. El niño minusválido. Guía educativa y psicológica para el minusválido orgánico. México, CIESCA. 1975. 263 p.
- BOYLE, Patrick, J. Palatable Plotting. Palo Alto, Cal., Creative Publications, 1972, 25 p.
- BUSH, Jo Wilma y Taylor Giles Marian. Cómo desarrollar las aptitudes psicolingüísticas. Ejercicios prácticos. 2 ed Barcelona, Fontanella, 1976. 378 p. (Serie Educación 19)
- CASTELLS, Paulino. El hijo subnormal. España Bruquera, 1978, 95 p.
- CRUCKSHANK, William M. El niño con daño cerebral. En la escuela, en el hogar y en la comunidad, 2 ed. México, Trillas 1982. 407 p.
- CHATEAU, Jean y Cols. Los grandes pedagogos, México, Fondo de Cultura Económica 1985, 336 p.
- DANIEL, Charlie y Daniel Becky. The multiplication Book. E.E.U.U. -- Good Aple, 1980, 62 p.
- DENBER, Herman C.B. Manual de psicofarmacología clínica, Buenos Aires Paidós, 1980. 387 p.
- DE LA TORRE, Joaquín. Enfermedades del recién nacido. México Hospital Infantil, 1959, 439 p.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas, España, Salvat, 1983 - 1073 p.

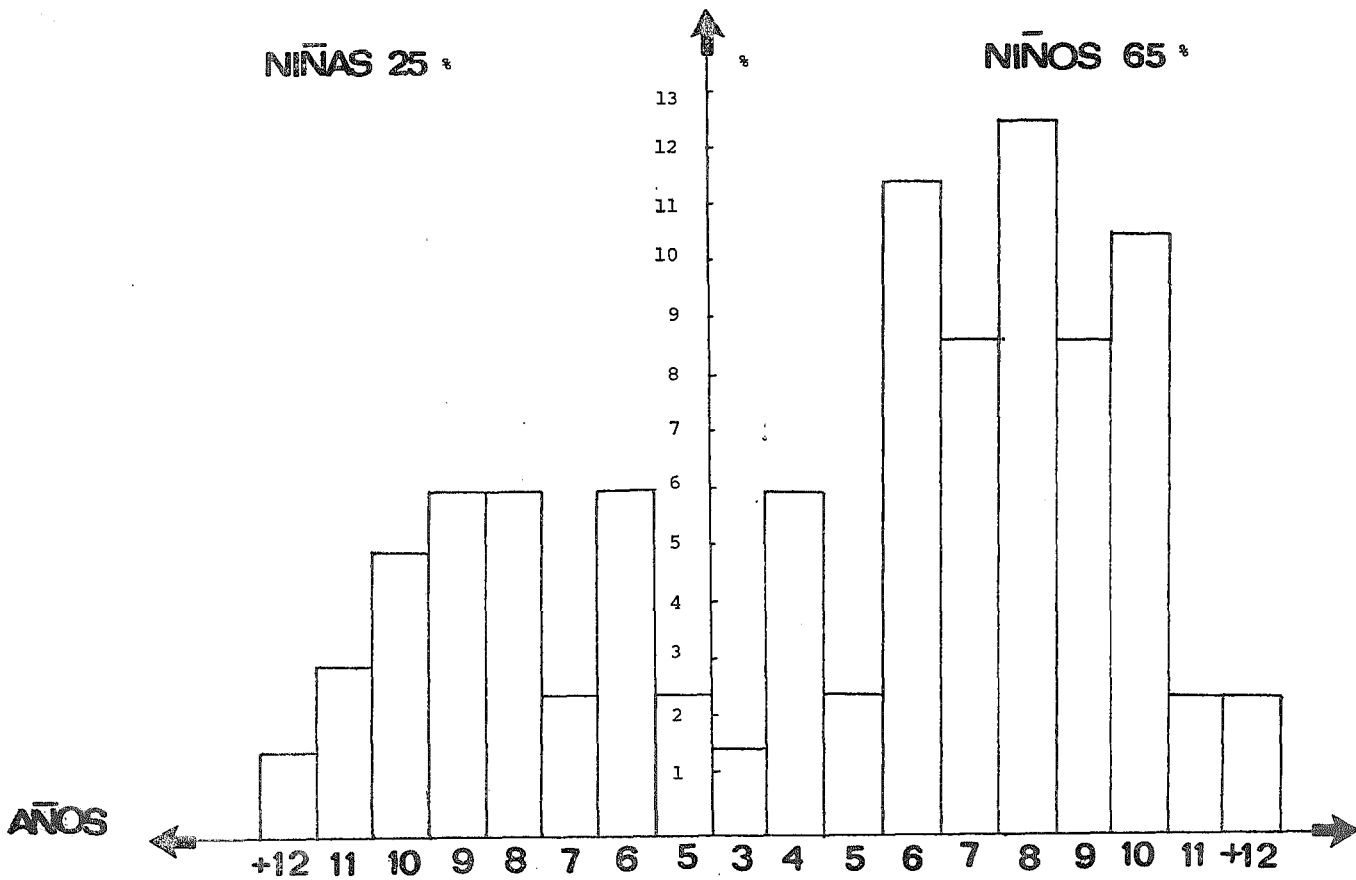
- EY, Henri et, al. Tratado de psiquiatría. 8 ed, España, Toray-Masson 1978, 1100 p.
- FRAGOSO, Lizalde David. Lecciones de obstetricia. México s/e, 1952. = 602 p.
- FREEDMAN, Alfred et. al. Compendio de psiquiatría. España, Salvat -- 1981, 464 p.
- FREINGOLD, Una enfermedad que está haciendo estragos en la población infantil, Memorias del Congreso de Neurología,
- GEARHEART, Bill R. La enseñanza en niños con trastornos de aprendizaje, Argentina, Panamericana, 1985, 311 p.
- JAULIN - MANNONI, Francin, La reeducación del razonamiento matemático. Madrid, Visor Libros 1976, 835p.
- KOLB, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. 5 ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1976. 835 p.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson-American Psychiatric Association 1983.
- Monografías de la Asociación de psiquiatría infantil, V II. Primer Congreso Nacional. Guadalajara s/e 1976, 200 p.
- MUSTENBERG, Koppitz Elizabeth. El test gestáltico visomotor para niños 10 ed. Buenos Aires, Guadalupe, 1984, 238 p.
- MYERS, Patricia, et. al. Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje, México, Limusa, 1983. 464 p.

- NAVA, Segura José. Neuroanatomía funcional, síndromes neurológicos. 9 ed. México, Impresiones Modernas, 1982 225 p.
- NAVA, Segura José. Neurología Clínica. 4 ed. México, Unión Gráfica 1981, 472 p.
- NELSON, Waldo E.M.D, y Cols. Tratado de pediatría. España Salvat, 1974 293 p.
- NIETO, Margarita. El niño disléxico. México, La Prensa Médica, 1983 - 293 p.
- PADRO, Castro Rodolfo. Diagnóstico y tratamiento de disritmias cerebrales. Tesis para sustentar el examen recepcional de la carrera de médico cirujano y partero. Escuela de Medicina, México 1959, 83 p.
- PATIÑO, Alejandro. Psiquiatría infantil clínica. México, El Mundo Moderno, 1978.
- PETRUCELLI, Lyons. Historia de la medicina. México, Doyma. Parke Davis 456 p.
- QUIROZ Gutierrez, Fernando. Anatomía Humana. 19 ed. T II México, Porrúa 1979, 525 p.
- RENSHAW, C. Domeena. El niño hiperactivo. México Founier, 1983, 136 p.
- RUBIO, Donnadieu Francisco. Epilepsia. México Camallice, 1981. 57 p.
- SEYMOUR, Dale, et.al. Aftermath. V.I - VIII. Palo Alto, Cal. Creative Publications, 1975.

- SILVA y Ortiz Ma, Teresa. La percepción visual en los primeros años del aprendizaje según el programa de Frostig. --- Mexico, U.N.A.M., E.N.E.P. Acatlán, 1979, 202 p.
- SOSA, Castellanos Josue, Síntesis de Psicología General, México, Porrúa 1980, 475 p.
- SZAKELY, Bela. Los test. Manual de Técnicas de exploración psicológica. México, La Prensa Médica Mexicana, 1983, 324p.
- TARNOPOL, Lester. Dificultades para el aprendizaje. Guía médica y pedagógica. México, La Prensa Médica Mexicana, 1983 - 324 p.
- TESTUL, L y Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. Mexico, Salvat- 1980, 1071 p.
- VELASCO, Rafael. El niño hiperquinético, los síndromes de disfunción cerebral. México, Trillas, 1983, 131 p.
- VILLALPANDO, José Manual. Psicotécnica pedagógica. 25 ed. México Porrúa, 1982, 382 p.
- WARREN, Howard Ed. Diccionario de psicología. México, Fondo de Cultura Económica, 1973, 383 p.
- WOLFF, Werner. Introducción a la psicopatología. México, Fondo de Cultura Económica. 1976. 476 p. (Col Breviarios del -- Fondo de Cultura Económica).
- ZAVALLONI, Roberto, Introducción a la pedagogía especial. 3 ed. España Herder, 1983, 211 p. (Col, Biblioteca de psicología No. 13).

ANEXO I.

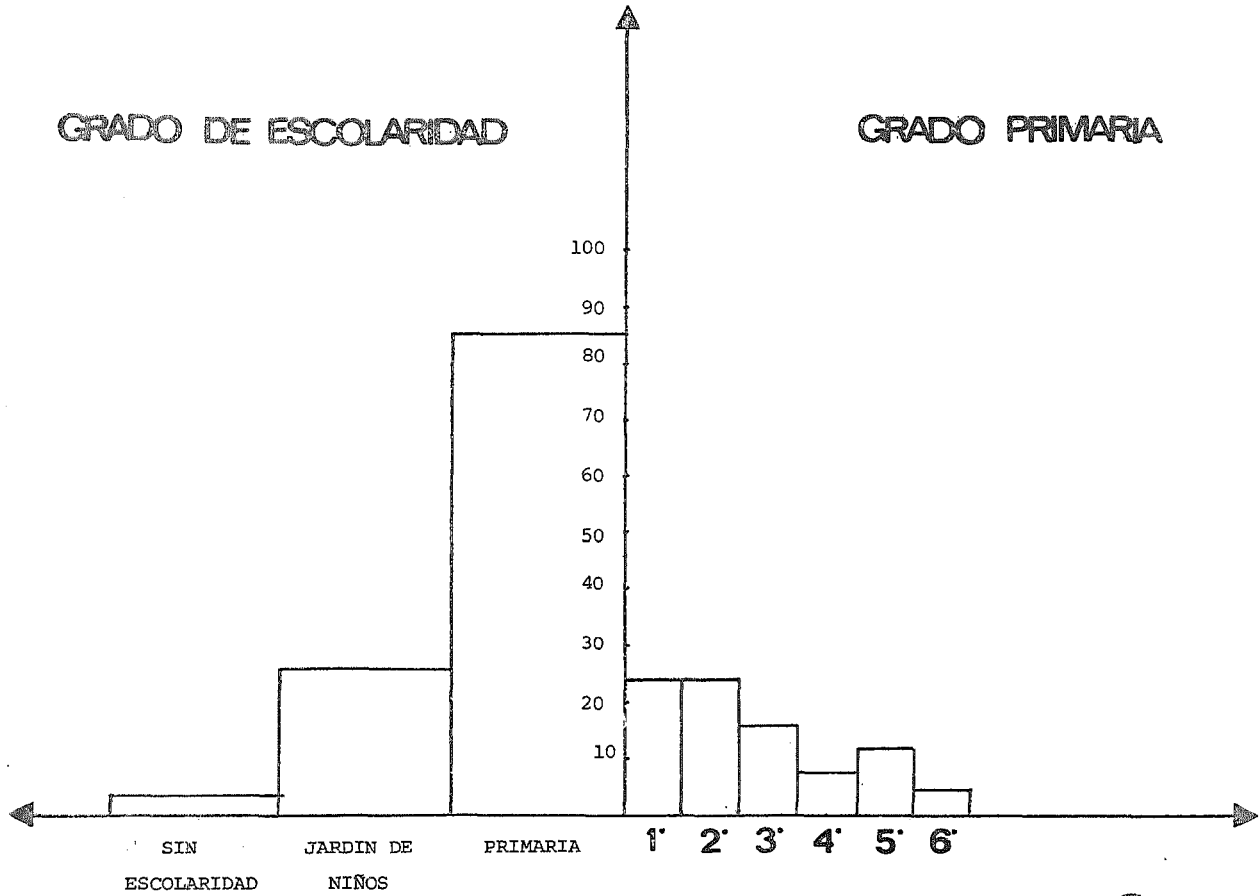
GRAFICAS.



POBLACION TOTAL 80 - 100%
 NIÑOS 52 - 65%
 NIÑAS 18 - 25%

GRÁFICA 1

EDAD Y SEXO



GRÁFICA 2
ESCOLARIDAD

INSTITUTO VENEZOLANO DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA
 INSTITUTO VENEZOLANO DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

1°primaria.

2°primaria.

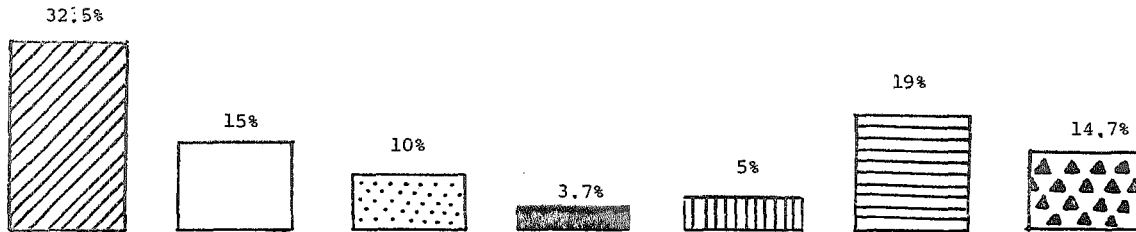
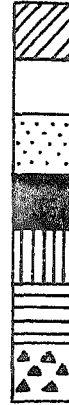
3°primaria.

4°primaria.

5°primaria.

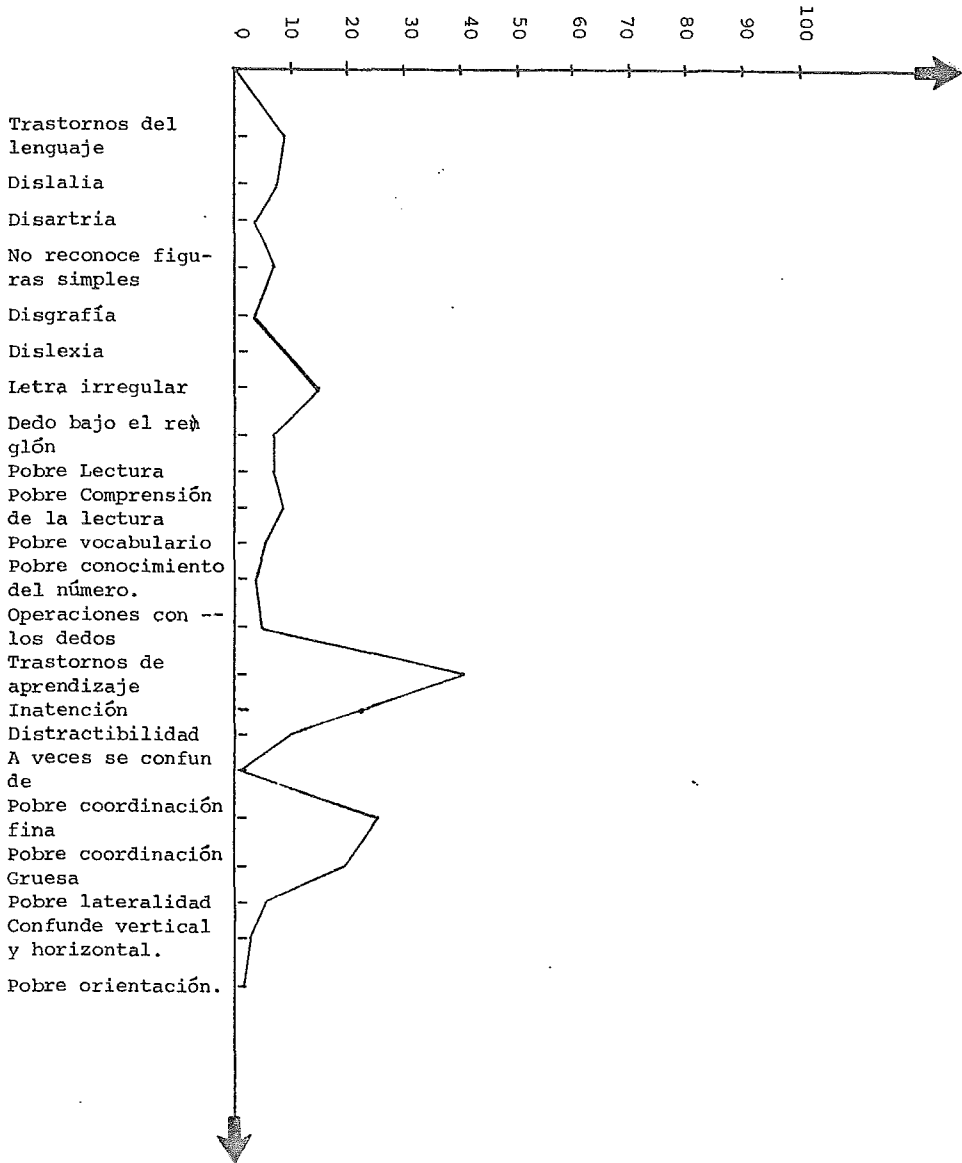
NO HA REPROBADO

DATO NO PROPOR-
CIONADO.



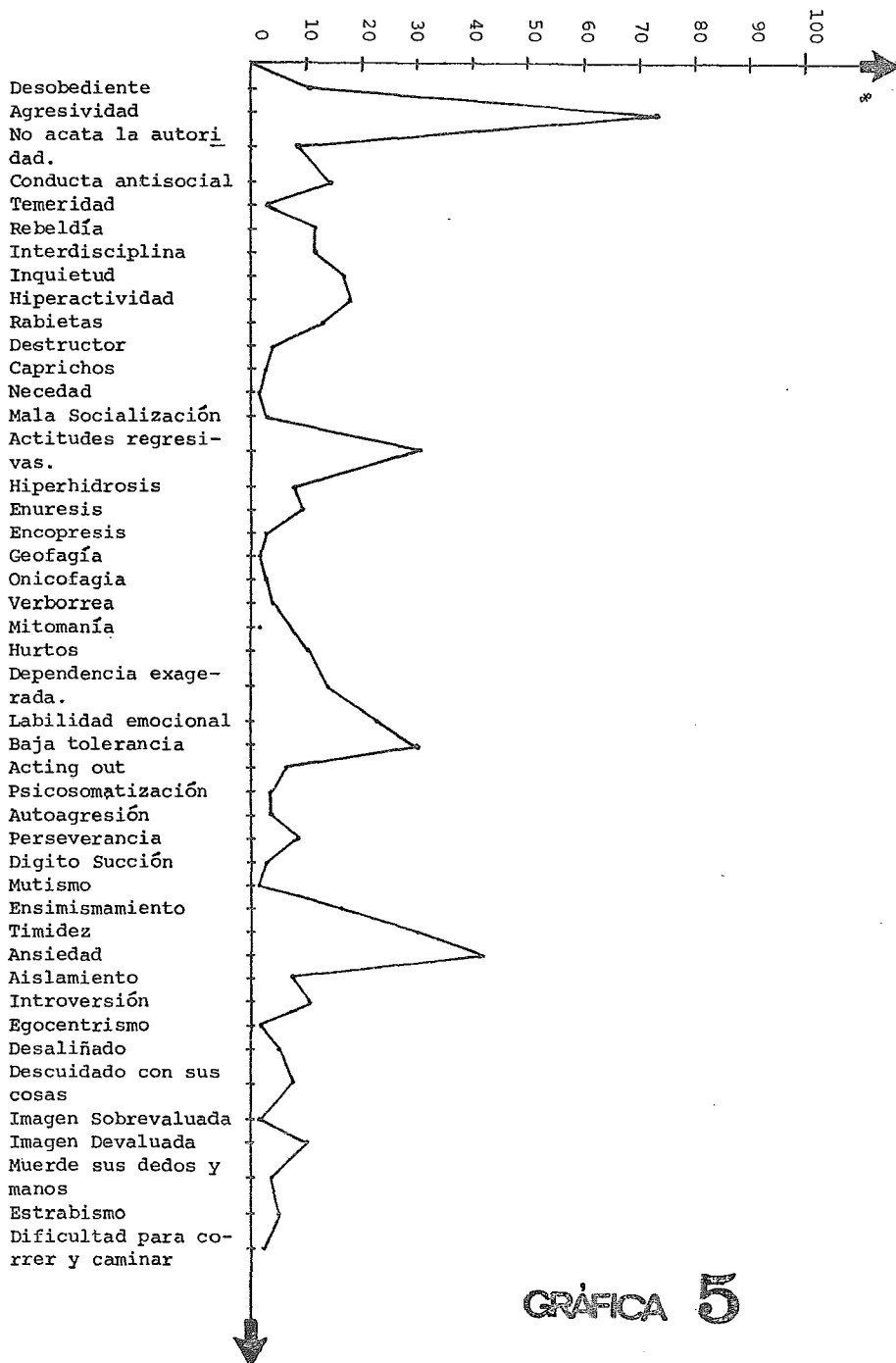
GRÁFICA 3

GRADOS REPROBADOS



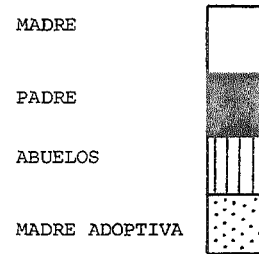
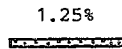
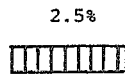
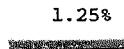
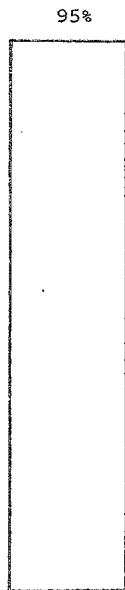
GRÁFICA 4

SINTOMAS PSICOFISIOLÓGICOS



GRÁFICA 5

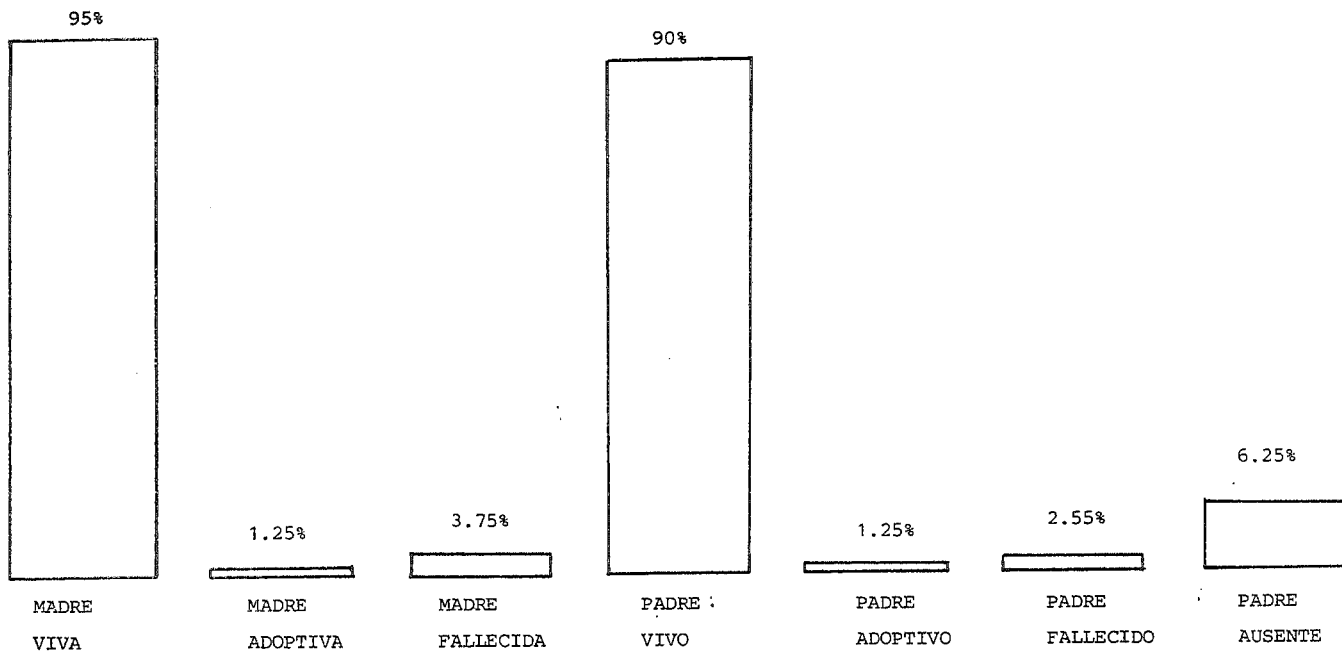
ALTERACIONES DEL APRENDIZAJE



GRÁFICA 6

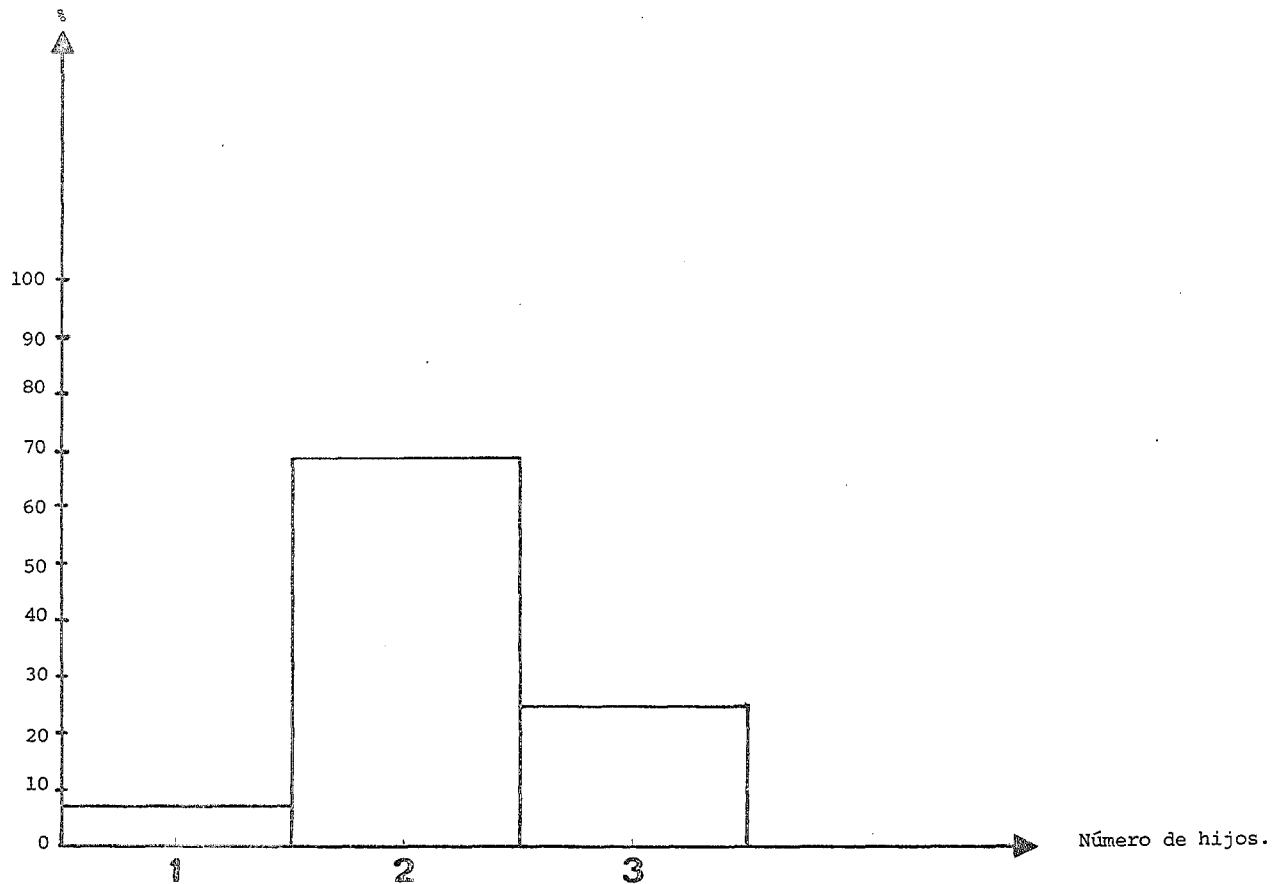
PERSONA QUE DIÓ LA INFORMACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL



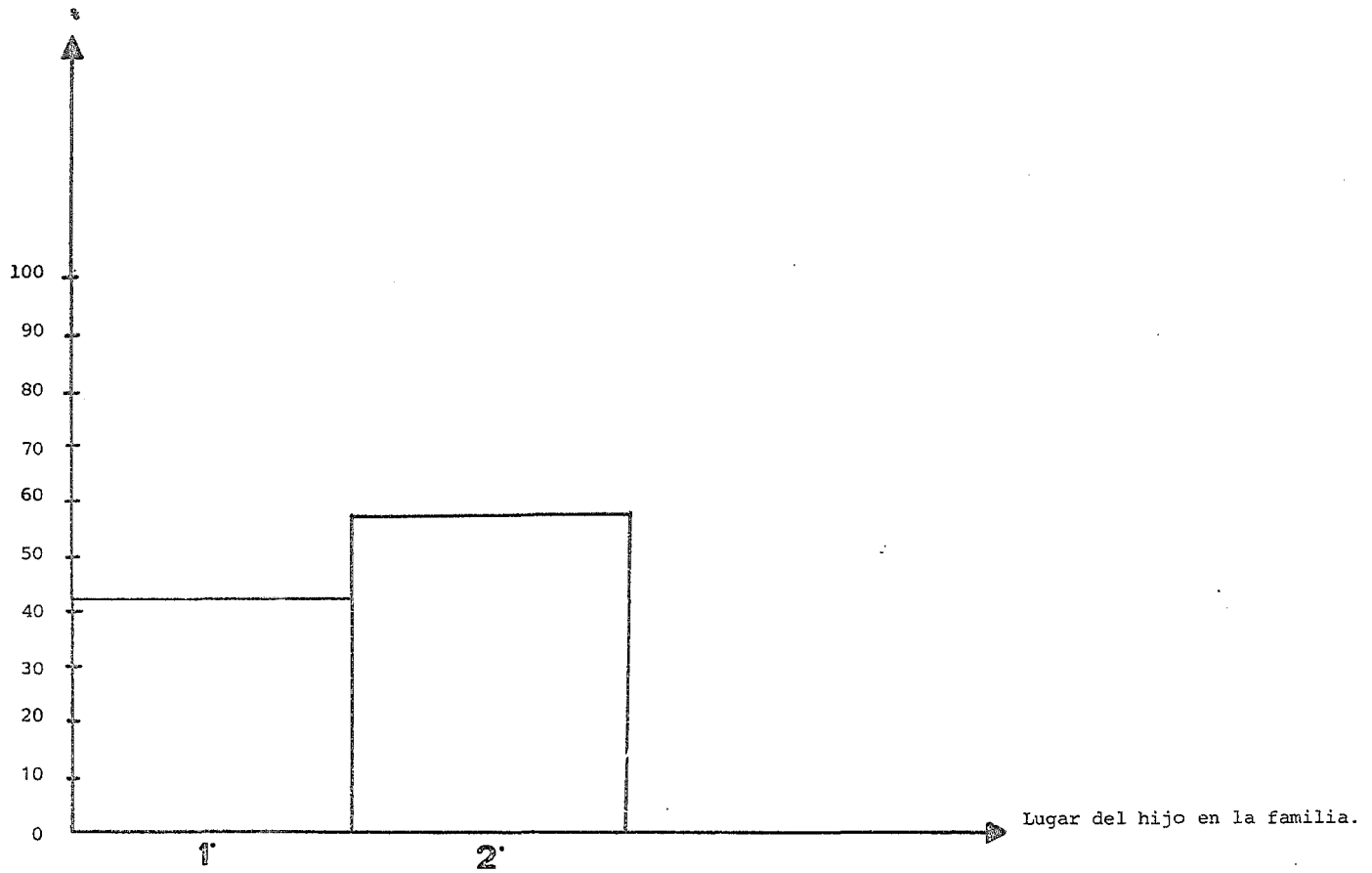
GRÁFICA 7

INFORMACIÓN DE LOS PADRES



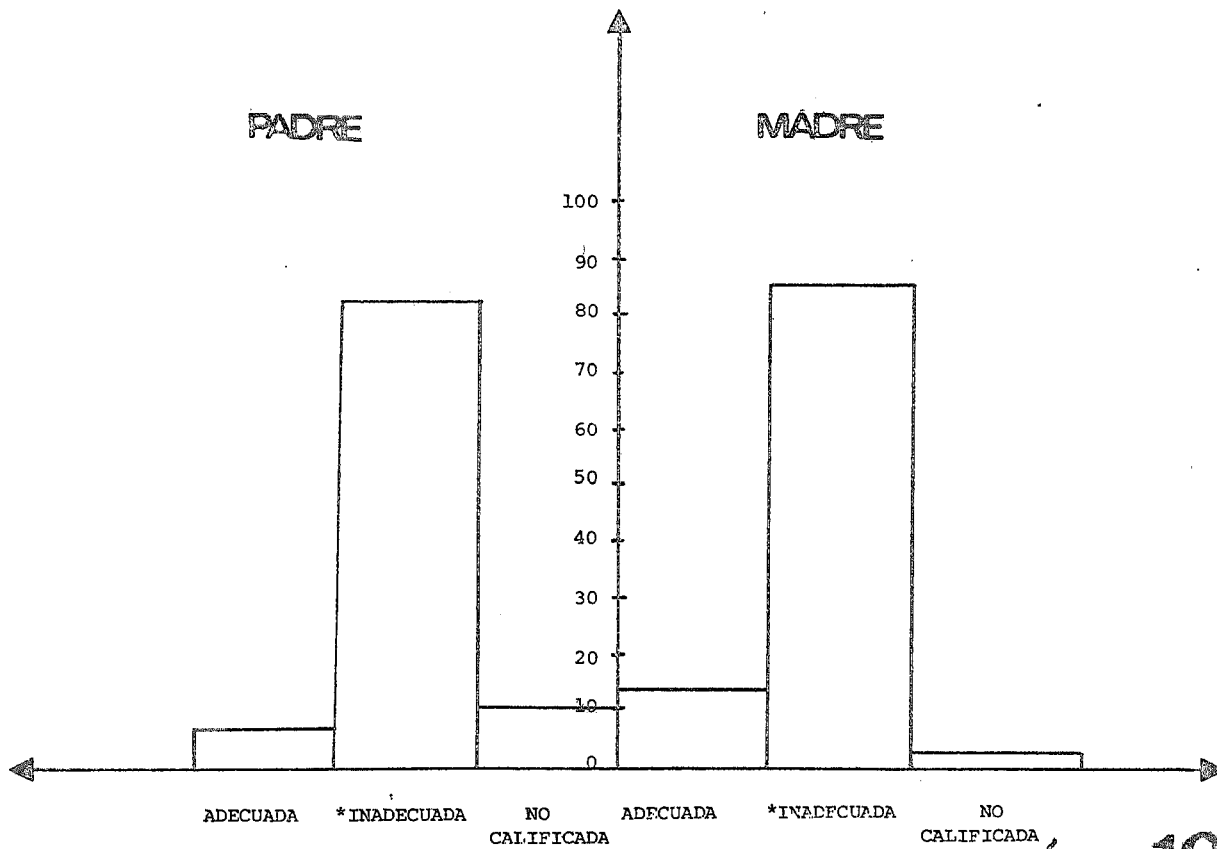
GRÁFICA 8

NÚMERO DE HIJOS



GRÁFICA 9

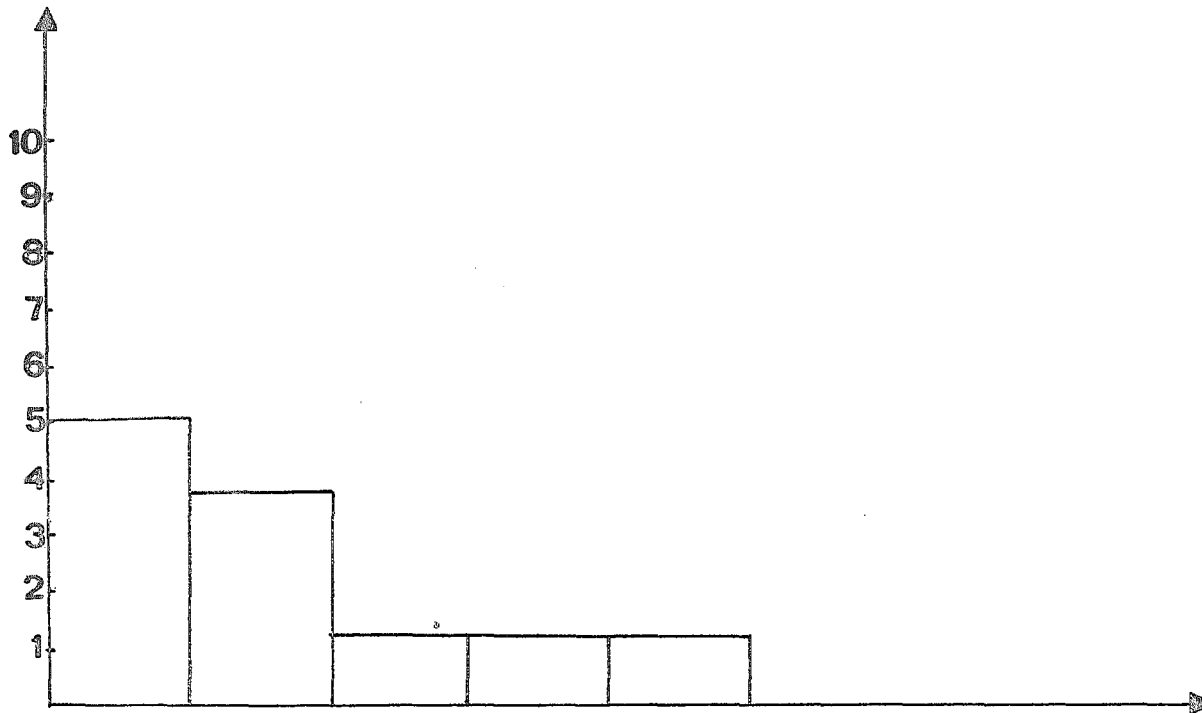
LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO HIPERQUINÉTICO



GRÁFICA 10

* INADECUADA= FRIA RIGIDA, INDIFERENTE
RECHAZANTE, VIOLENCIA FISICA.

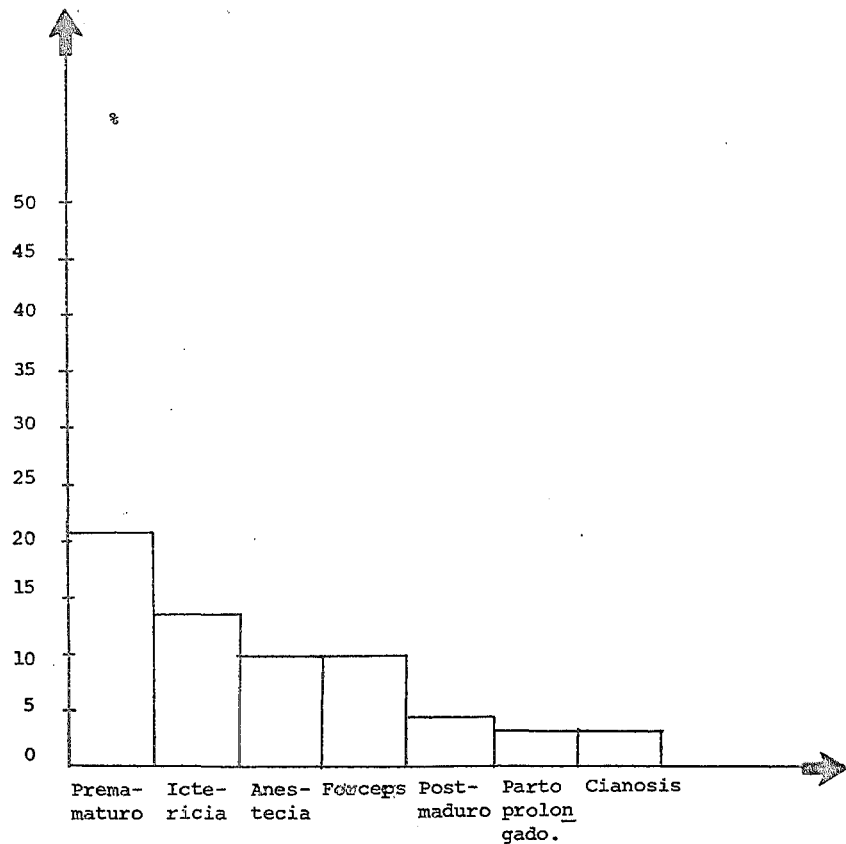
ACTITUD HACIA EL MENOR



INCOMPATIBILIDAD -- FACTOR RH. INTENTO DE ABORTO NATURAL. HIPERTENSION ARTERIAL TABAQUISMO ALCOHOLISMO

GRÁFICA 11

ALTERACIONES EN EL EMBARAZO



GRÁFICA 12

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO DISTOCICO

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PÚBLICA
 LABORATORIO DE ESTADÍSTICA Y METODOS CUANTITATIVOS

ANEXO II

EJERCICIOS PARA DESARROLLAR LAS HABILIDADES DEL PROGRAMA DE APOYO
PSICOPEDAGOGICO PARA NIÑOS HIPERQUINETICOS.

SECUENCIA MEMORIA VISUAL.

INSTRUCCIONES:

TRAZA UNA LINEA DE UN PUNTO A OTRO, SIGUIENDO LA NUMERACION.

1.

A



13.

2.

3.

4.

5.



6.

12.



11.



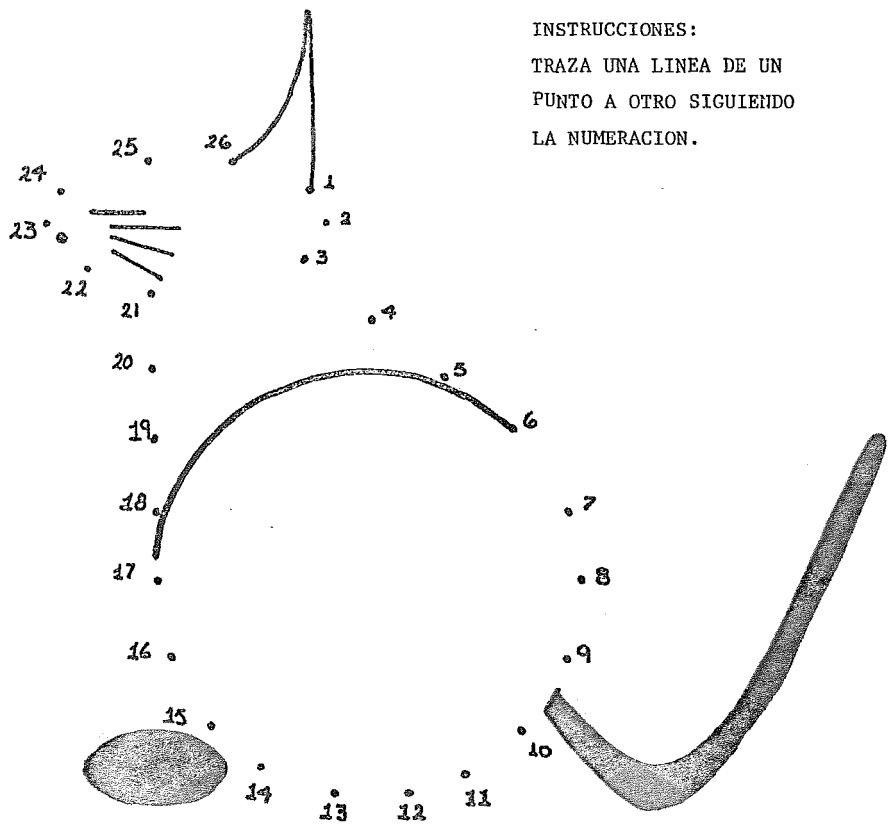
7.

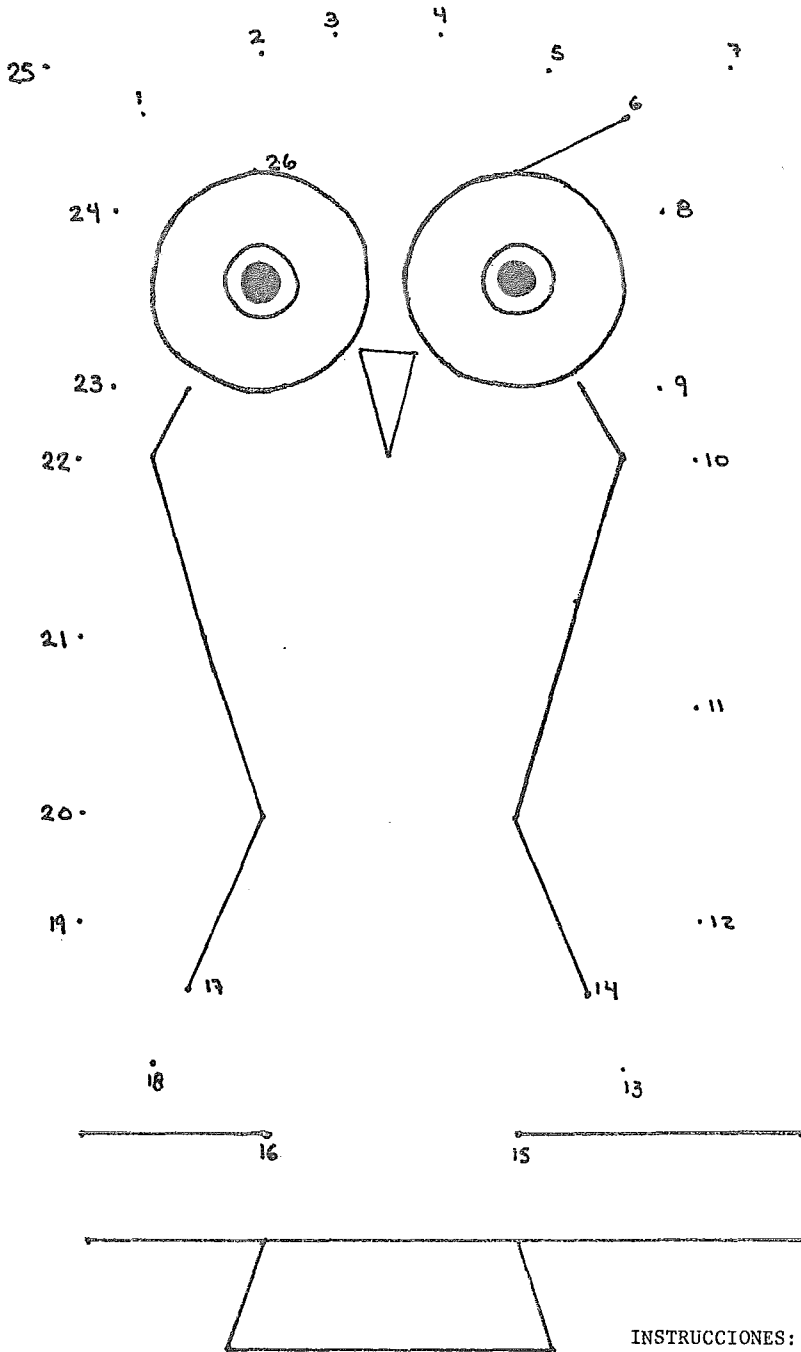
8.

9.

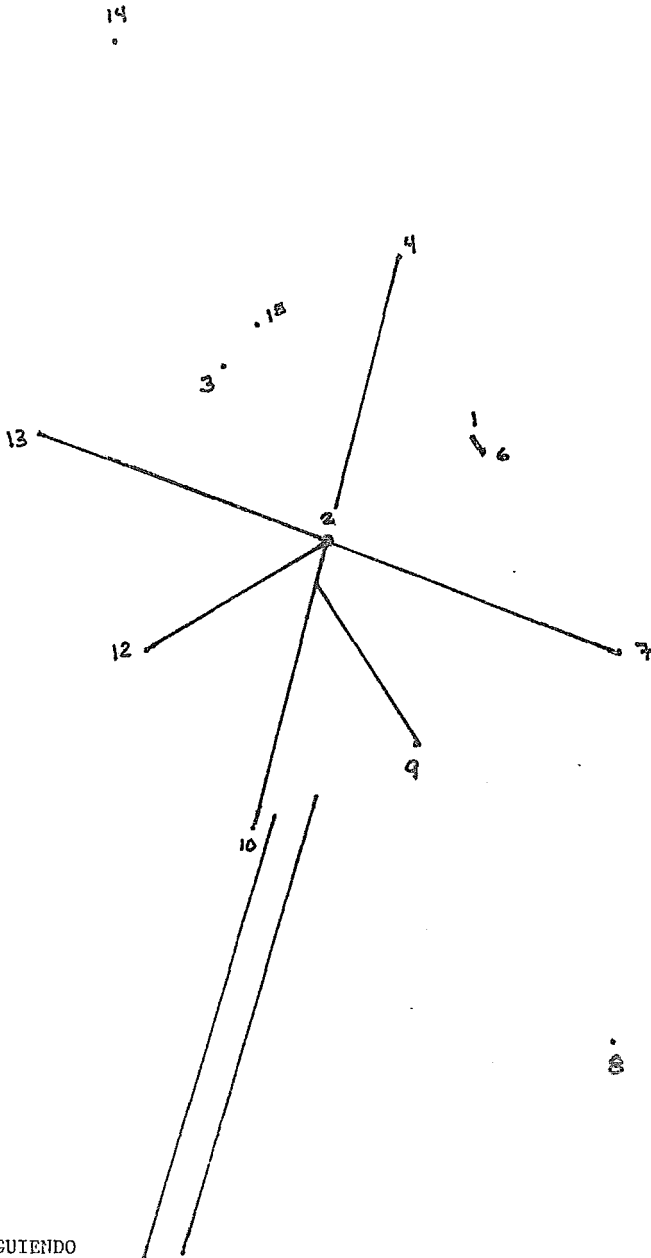
10.

INSTRUCCIONES:
TRAZA UNA LINEA DE UN
PUNTO A OTRO SIGUIENDO
LA NUMERACION.



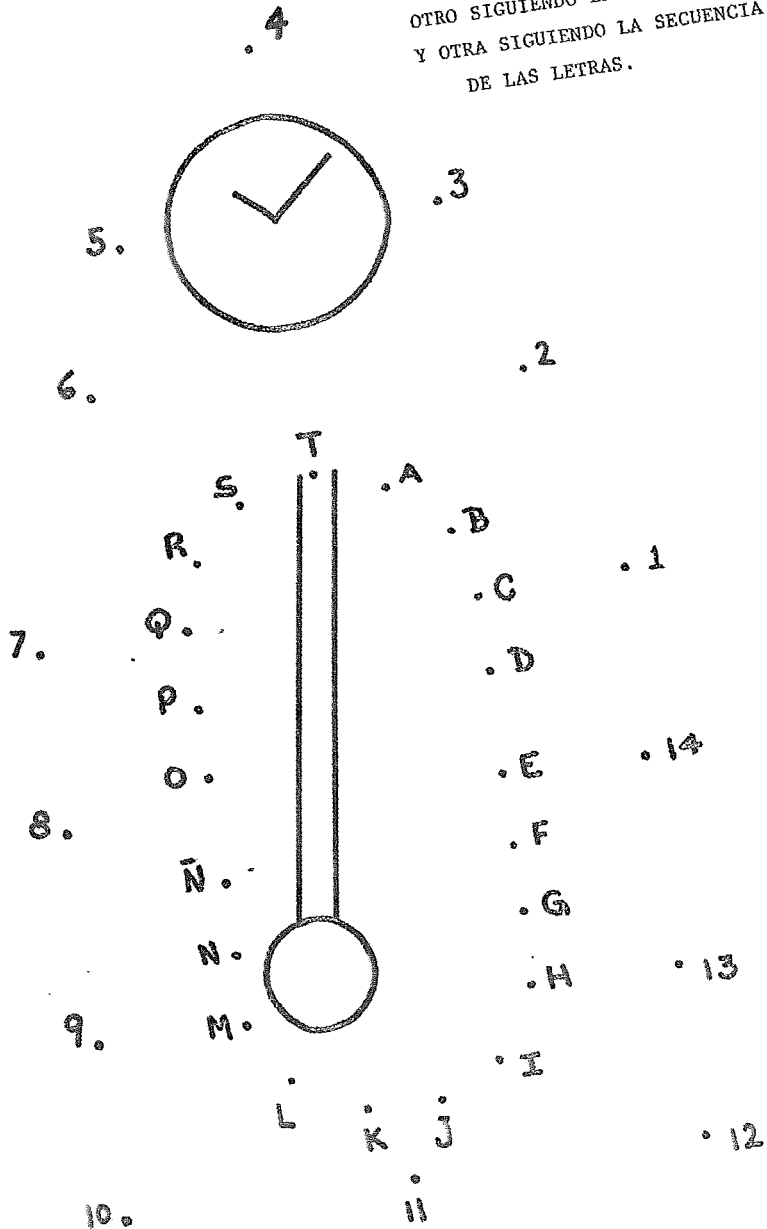


INSTRUCCIONES:
UNE LOS PUNTOS
SIGUIENDO LA -
NUMERACION.

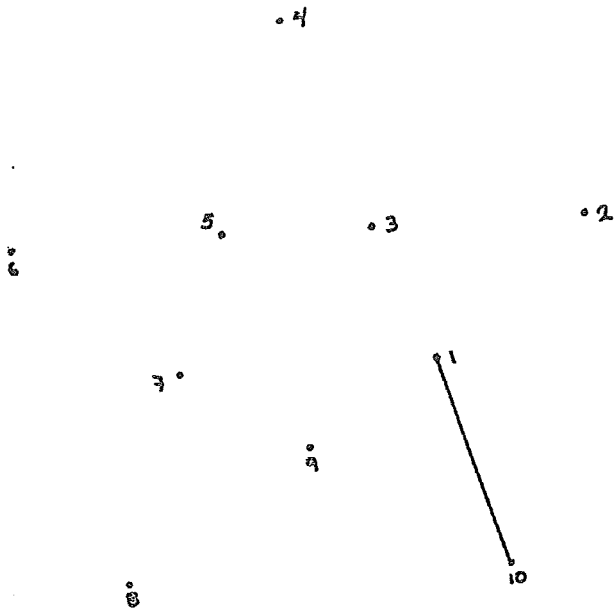


INSTRUCCIONES:
 TRAZA UNA LINEA DE
 UN PUNTO A OTRO SIGUIENDO
 LA NUMERACION.

INSTRUCCIONES:
TRAZA UNA LINEA DE UN PUNTO A
OTRO SIGUIENDO LA NUMERACION,
Y OTRA SIGUIENDO LA SECUENCIA
DE LAS LETRAS.



INSTRUCCIONES:
TRAZA UNA LINEA DE UN
PUNTO A OTRO SIGUIENDO
LA NUMERACION.



CUENTOS INCOMPLETOS.

EN LA BANDA DEL PUEBLO YO TOCO EL _____,
PABLO TOCA EL _____, LUIS _____ EL -
TROMBON.

ME VOY EN EL _____, TENGO VACACIONES.
VOY A IR A _____, DONDE HAY _____,
_____, PERO SOBRE TODO MUCHOS _____.
ESTARE AHI _____ DIAS PUES DEBO VOLVER A LA -
_____.

EL _____ ES CUMPLEAÑOS DE JUANITA.
SU MAMA LE VA A HACER UNA _____ .
HABRA _____ Y _____, YO LE VOY
A LLEVAR _____.

SECUENCIA MEMORIA AUDITIVA.

CANCIONES DE SUSTITUCION.

INSTRUCCIONES: LAS PALABRAS SUBRAYADA SE DEBE SUSTITUIR
 POR UN RUIDO O MIMICA.

Cuando la rana quiere gozar, viene la mosca y la hace
gritar. La mosca a la rana, la rana en el agua se ---
 echa a nadar.

Cuando la mosca quiere gozar, viene la araña y la hace
gritar. La araña a la mosca, la mosca a la rana, la ra
na en el agua se echa a nadar.

Cuando la araña quiere gozar, viene la escoba y la hace
gritar. La escoba a la araña, la araña a la mosca, la -
mosca a la rana, la rana en el agua se echa a nadar.

Yo tenía diez perritos
 uno se cayó en la nieve
 ya nomas me quedan nueve
 De los nueve que quedaban
 uno se tragó un biscocho
 ya nomas me quedan ocho, ocho, ocho
 De los ocho que quedaban
 uno se tracho el machete ...

TRABALENGUAS.

PEPE PECAS, PICA PAPAS CON EL PICO;
CON UN PICO, PICA PAPAS, PEPE PECAS

LALO LOPEZ A LA LUNA MIRA;
¿POR QUE A LA LUNA MIRA LALO LOPEZ?

JUAN JALA AL COJO JOSE, QUE BAJA CON LA PAJA DEL PAJAR
CON LA PAJA; CON LA PAJA QUE BAJA DEL PAJAR JUAN JALA AL
COJO JOSE

FOCO FUNDIDO FABRICADO EN FRANCIA; FABRICADO EN FRANCIA
FUE ESTE FOCO FUNDIDO.

ROSITA RUIZ RIEGA SUS ROSAS ROJAS;
SUS ROJAS ROSAS RIEGA ROSITA RUIZ

CHANGO, CHINO, RECHIFLADO, QUE A LA CHINA CHANGA CHIFLA.
¿POR QUE, A LA CHINA CHANGA CHIFLAS CHANGO CHINO RECHIFLADO.

YOLA LLORA EN LA LLUVIA POR SU YOYO;
POR SU YOYO LLORA YOLA BAJO LA LLUVIA.

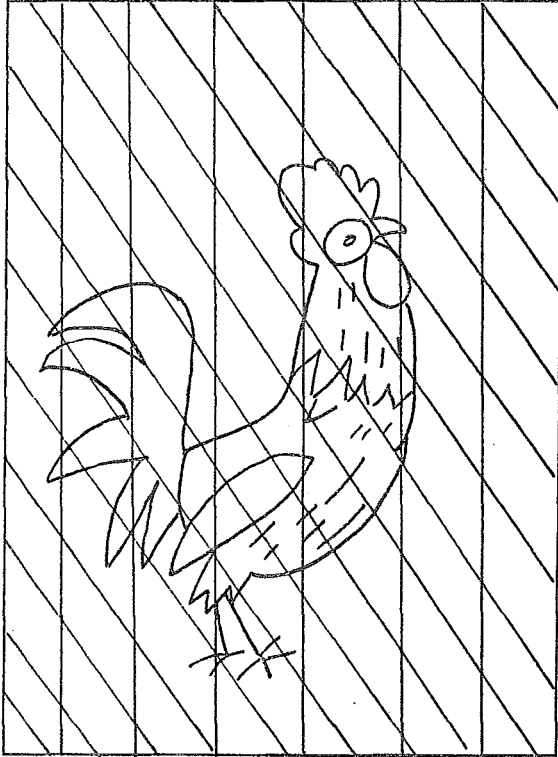
LA CABRA BRAVA BRINCA CON BRIO LA CERCA,
CON BRIO BRINCA LA CERCA, ESA CABRA BRAVA.

PABLITO CLAVO UN CLAVITO;
UN CLAVITO CLAVO PABLITO.

TRES TRISTES TIGRES, TRAGABAN TRIGO EN UN TRIGAL;
EN UN TRIGAL TRAGABAN TRIGO, TRES TRISTES TIGRES.

EL GRILLO GRUÑON LES GRITA A SUS GRILLITOS;
A SUS GRILLITOS LES GRITA EL GRILLO GRUÑON.

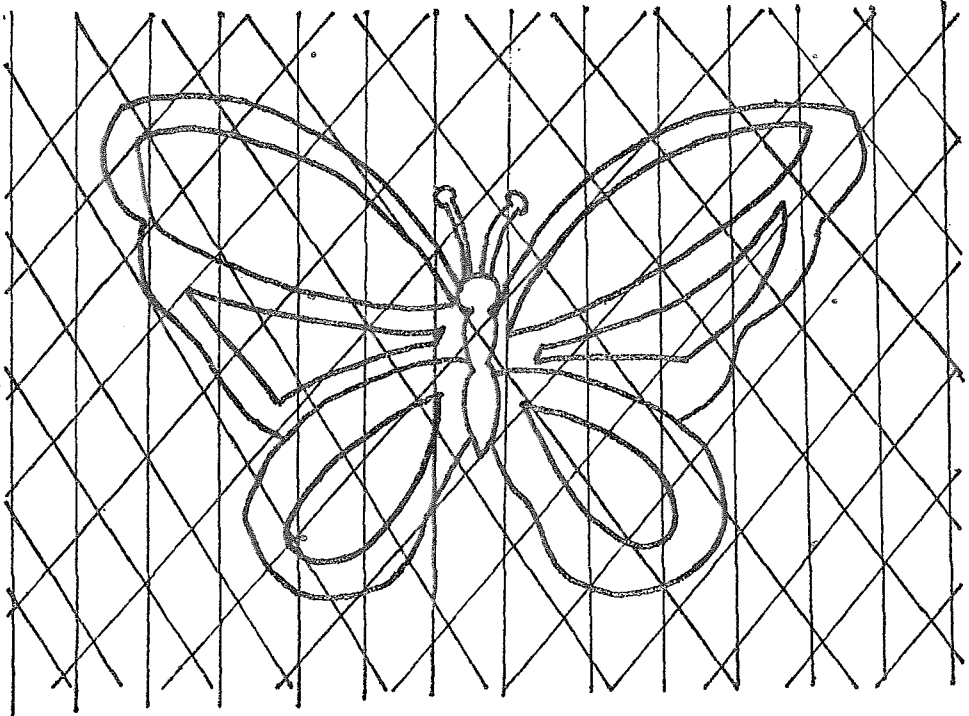
FIGURA FONDO VISUAL.

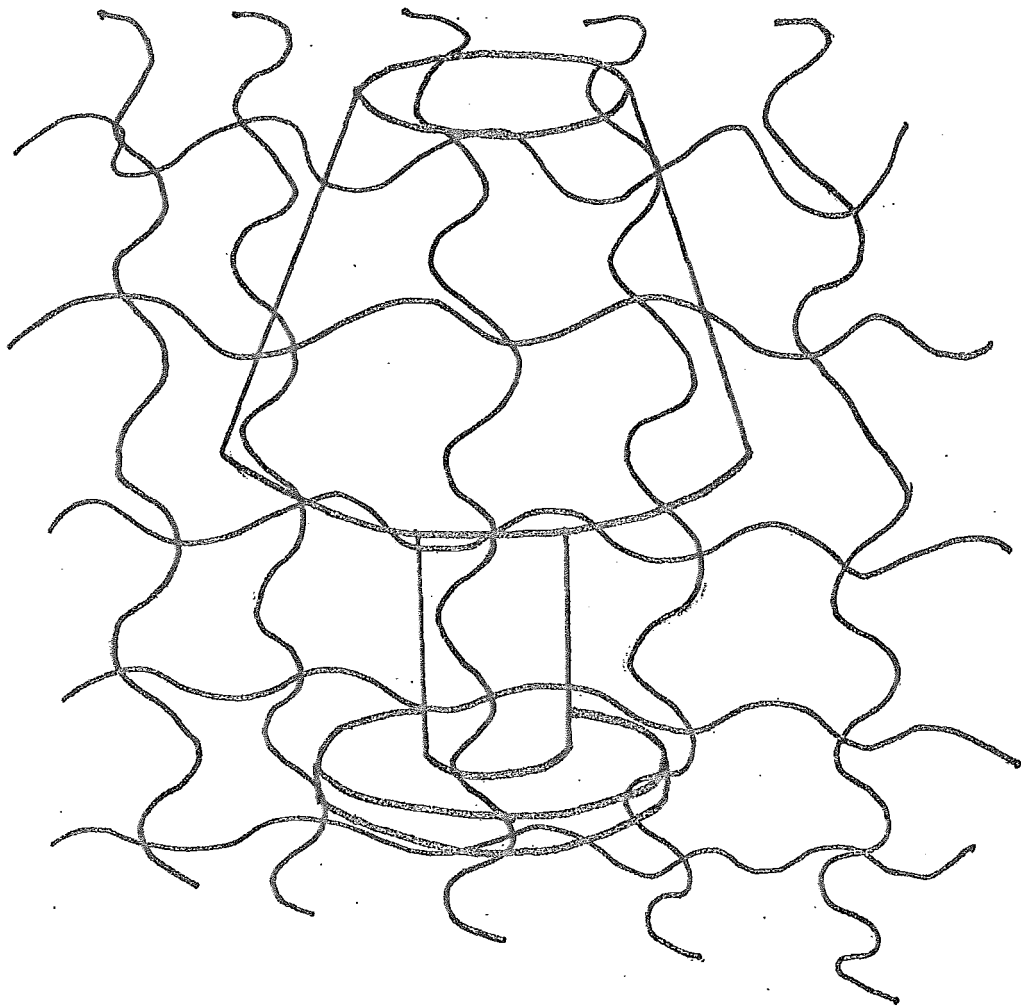


INSTRUCCIONES:
ENCUENTRA LA FIGURA QUE
ESTA ESCONDIDA, MARCANDOLA
CON UN LAPIZ DE COLOR VERDE.

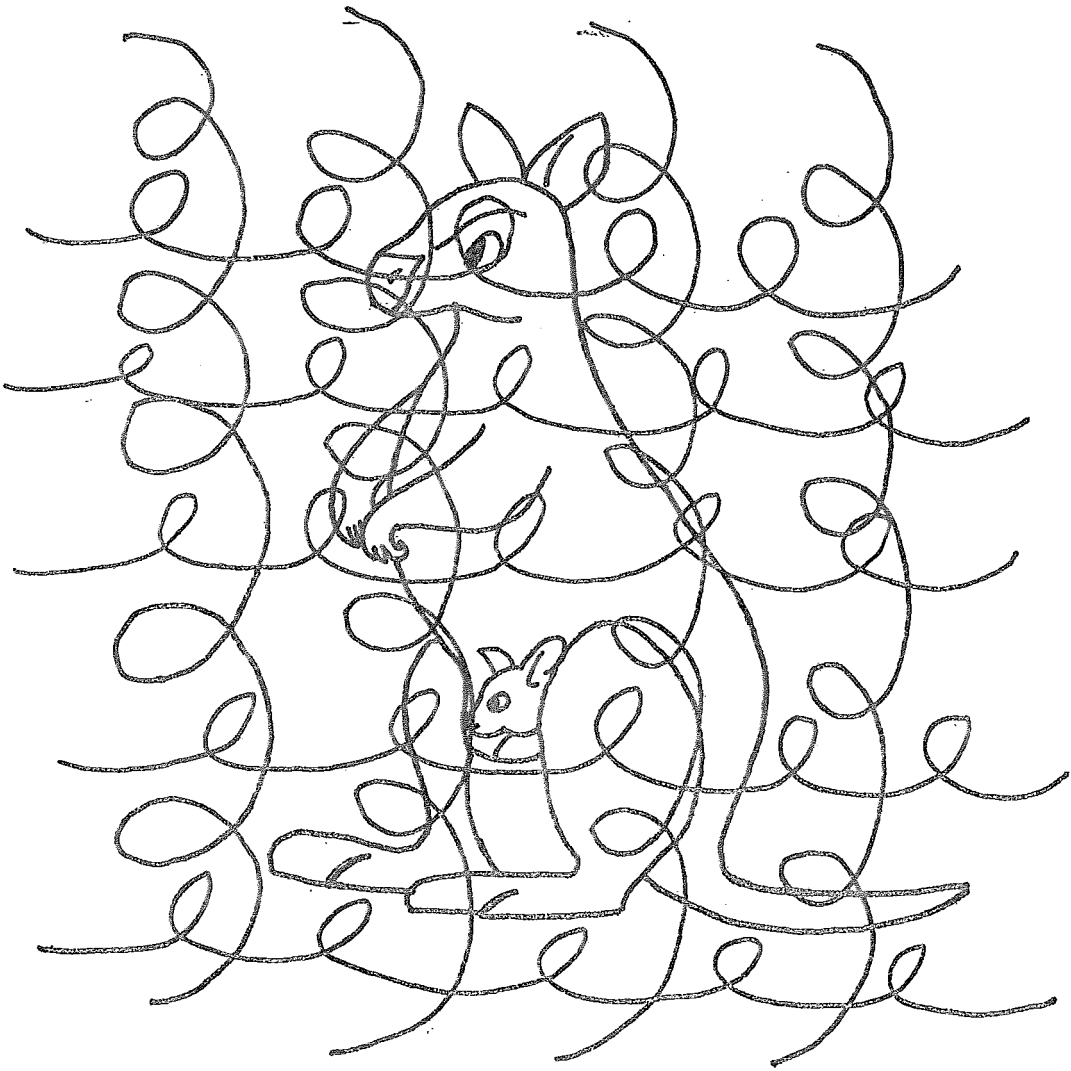
INSTRUCCIONES:

ENCUENTRA LA FIGURA QUE ESTA
ESCONDIDA, MARCÁNDOLA CON
UN LAPIZ DE COLOR MORADO.



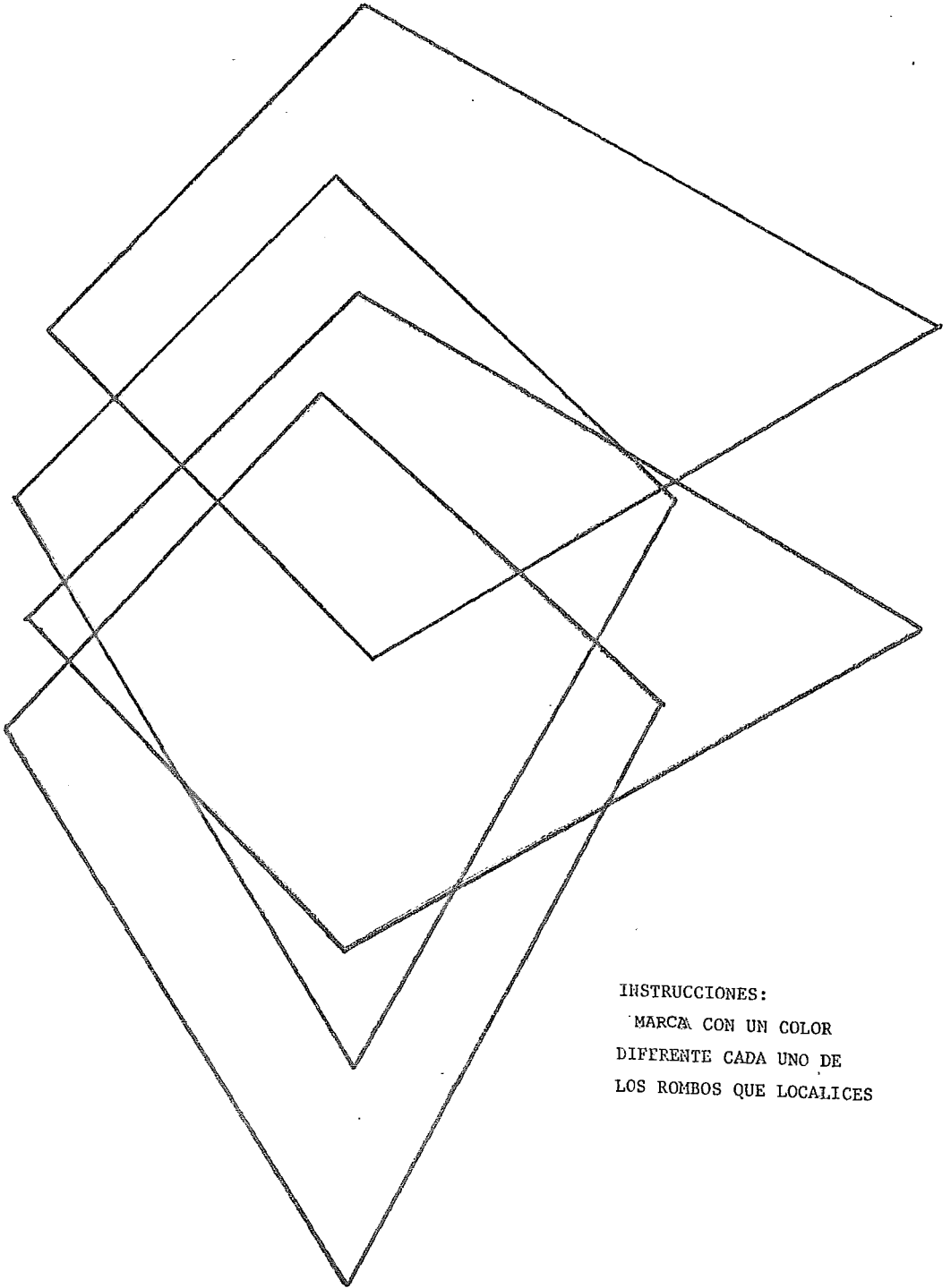


INSTRUCCIONES:
ENCUENTRA LA FIGURA QUE
ESTA ESCONDIDA, MARCANDOLA
CON UN LAPIZ DE COLOR ROJO.



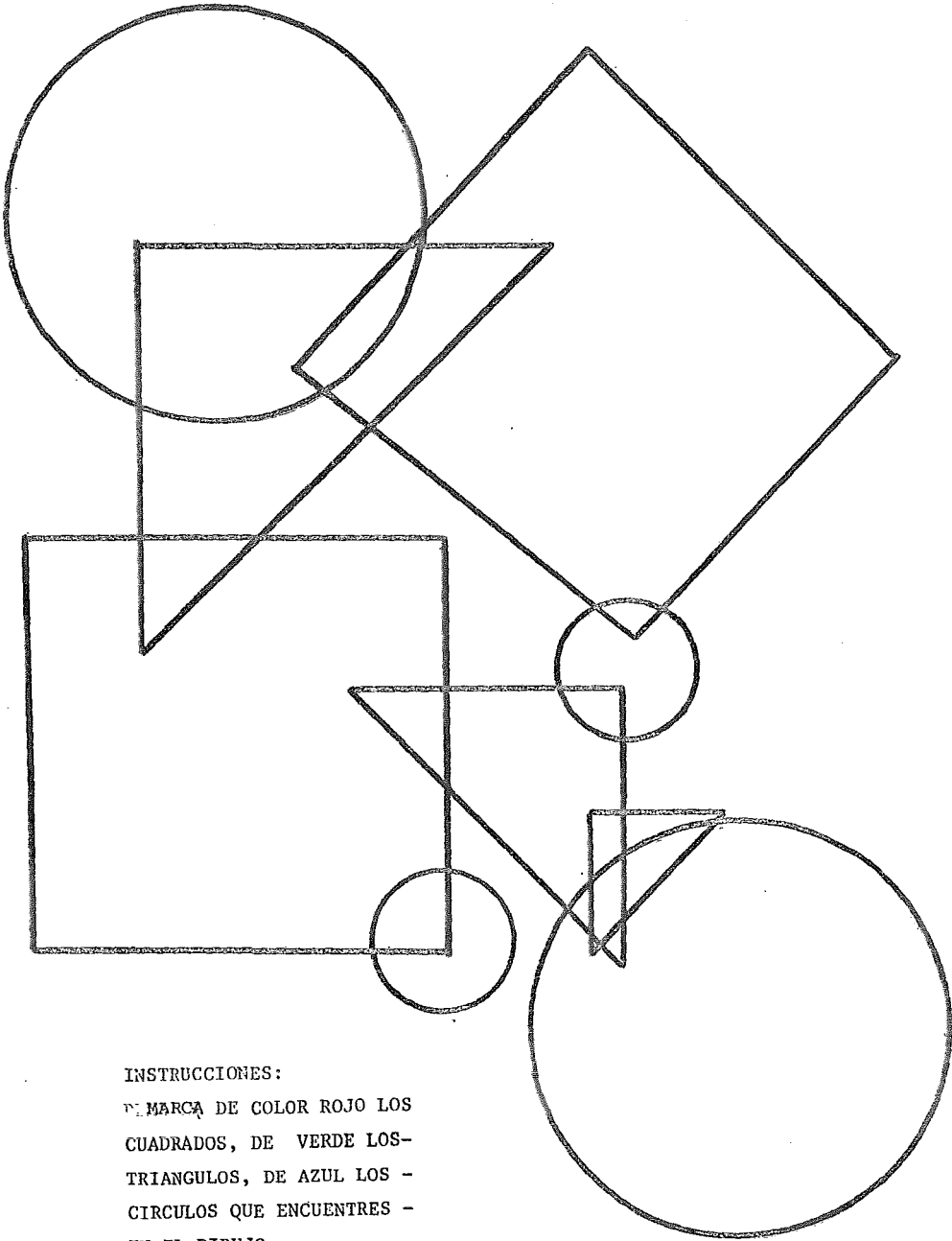
INSTRUCCIONES:
ENCUENTRA LA FIGURA QUE
ESTA ESCONDIDA, MARCANDOLA
CON UN LAPIZ DE COLOR AZUL.

MEMOROTECA Y DOCUMENTACION



INSTRUCCIONES:

MARCA CON UN COLOR
DIFERENTE CADA UNO DE
LOS ROMBOS QUE LOCALICES

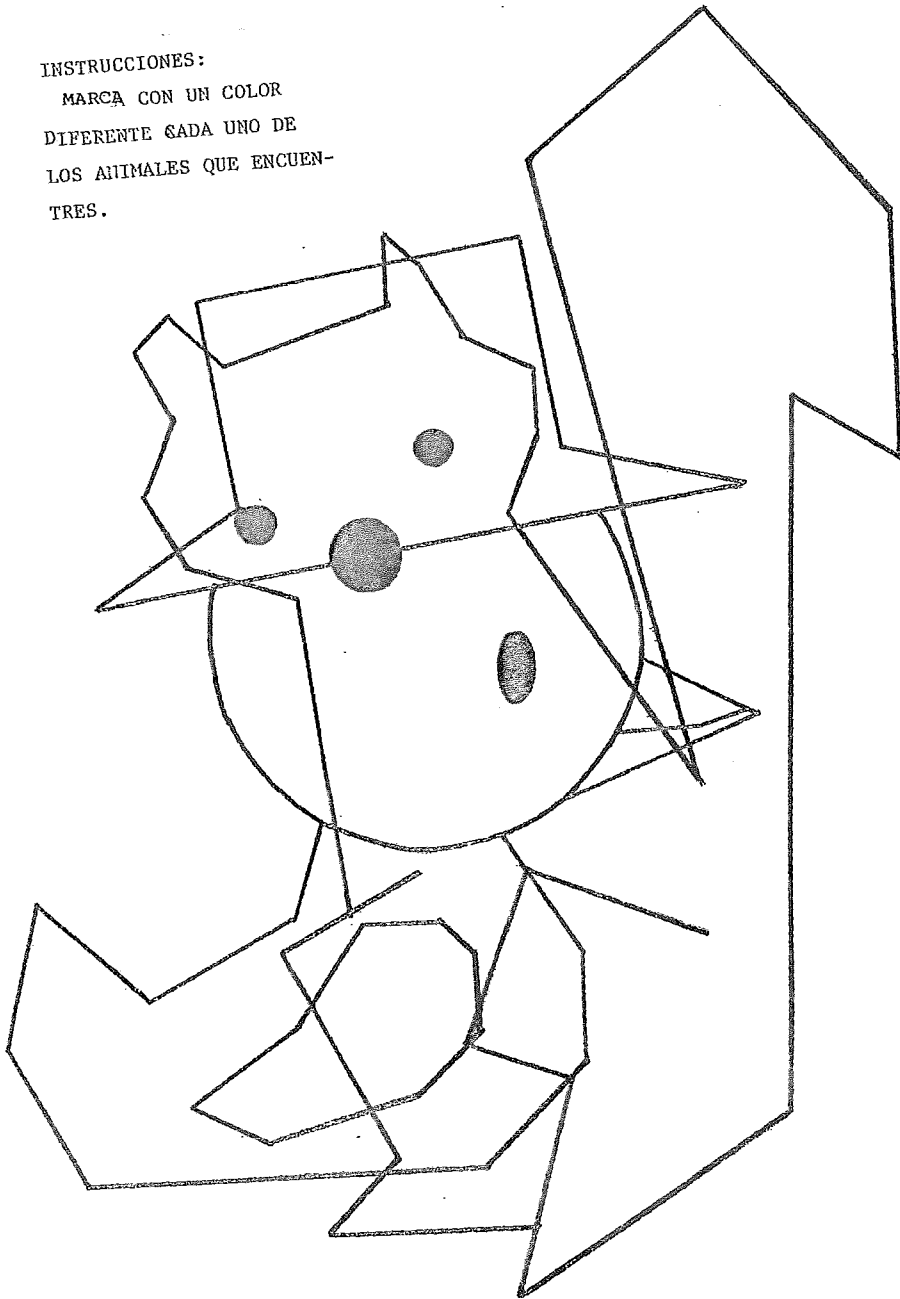


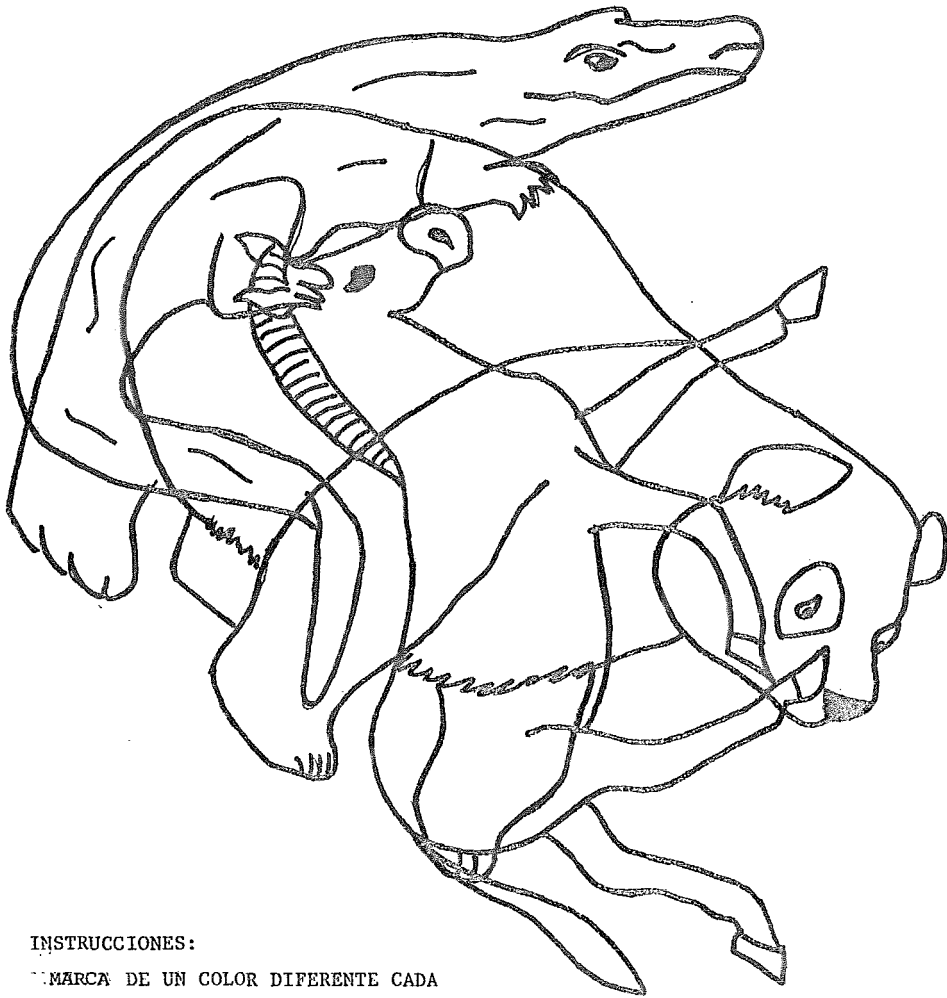
INSTRUCCIONES:

DE MARCA DE COLOR ROJO LOS
CUADRADOS, DE VERDE LOS-
TRIANGULOS, DE AZUL LOS -
CIRCULOS QUE ENCUENTRES -
EN EL DIBUJO.

INSTRUCCIONES:

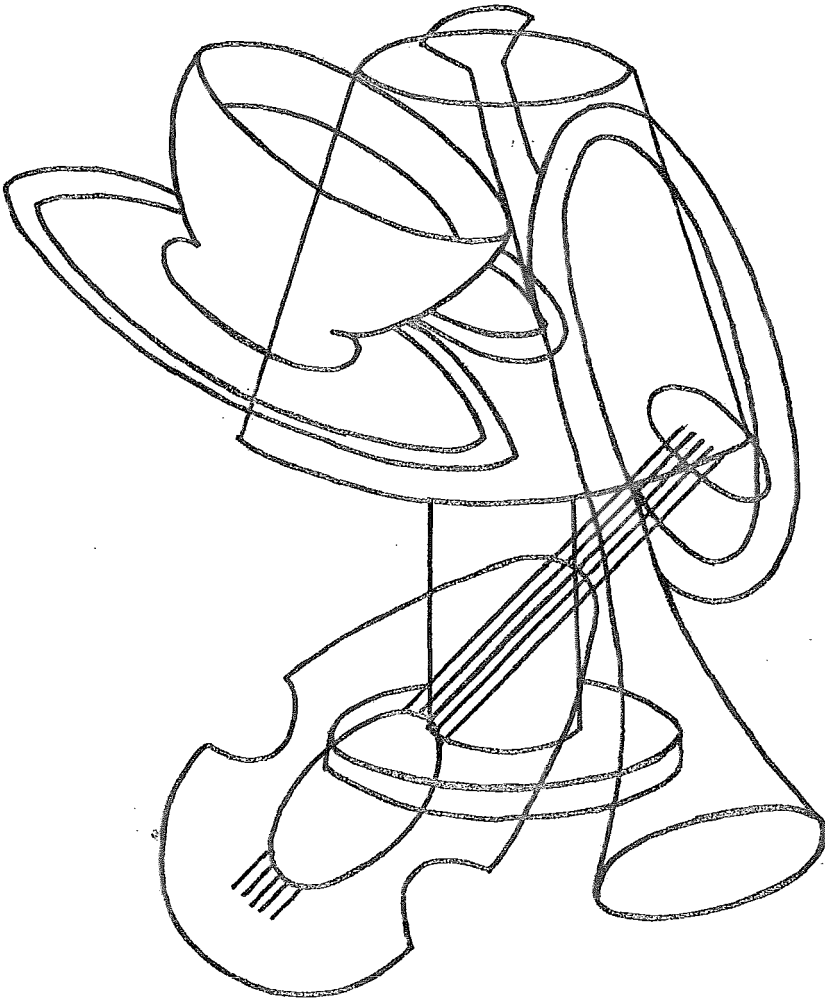
MARCA CON UN COLOR
DIFERENTE CADA UNO DE
LOS ANIMALES QUE ENCUEN-
TRES.





INSTRUCCIONES:

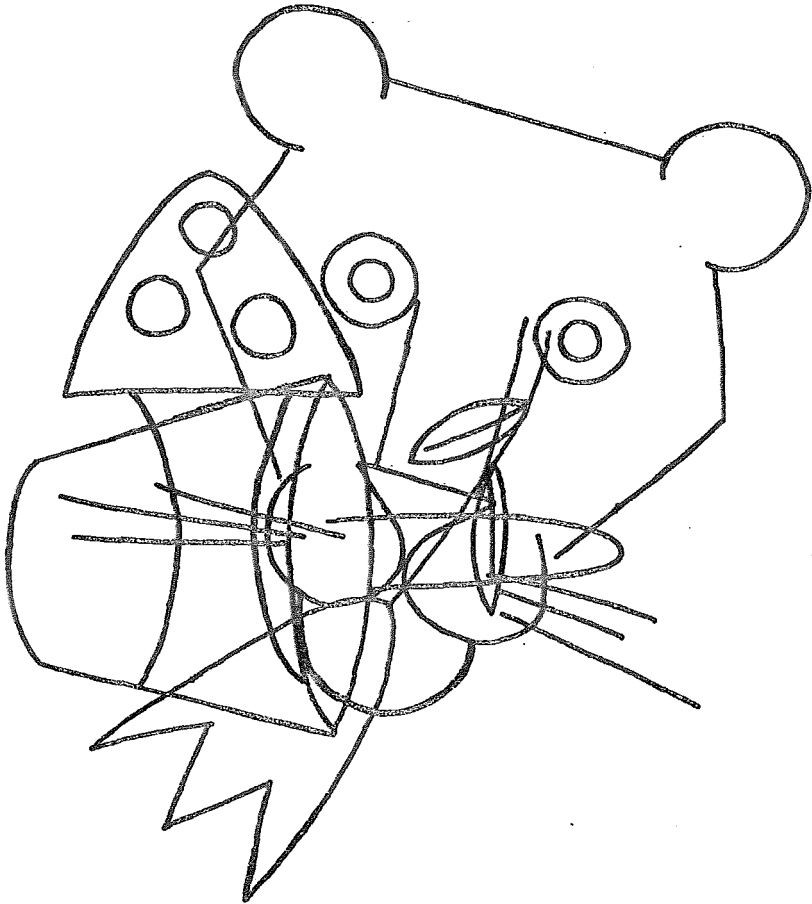
MARCA DE UN COLOR DIFERENTE CADA
UNO DE LOS ANIMALES QUE LOCALICES.



INSTRUCCIONES:

1. MARCA DE UN COLOR DIFERENTE
CADA UNA DE LAS FIGURAS QUE -
LOCALICES.

HENEROTECA Y DOCUMENTACION



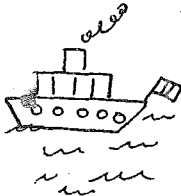
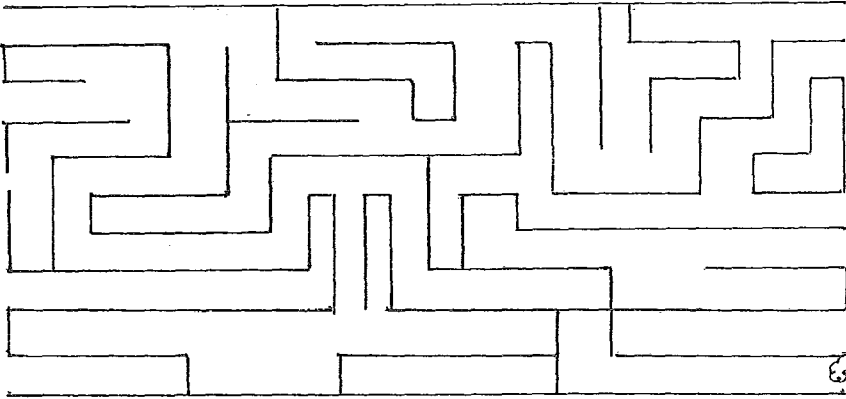
INSTRUCCIONES:

MARCA CON UN COLOR
DIFERENTE CADA UNA DE
LAS FIGURAS QUE LOCALICES.

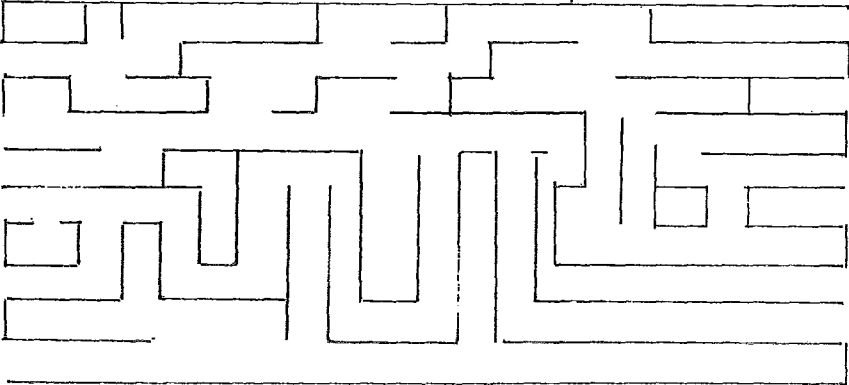
COORDINACION VISOMOTORA.



INSTRUCCIONES:
AYUDA AL CARACOL A ENCONTRAR EL CAMINO QUE LO LLEVE A LAS FLORES.

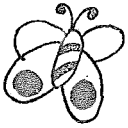
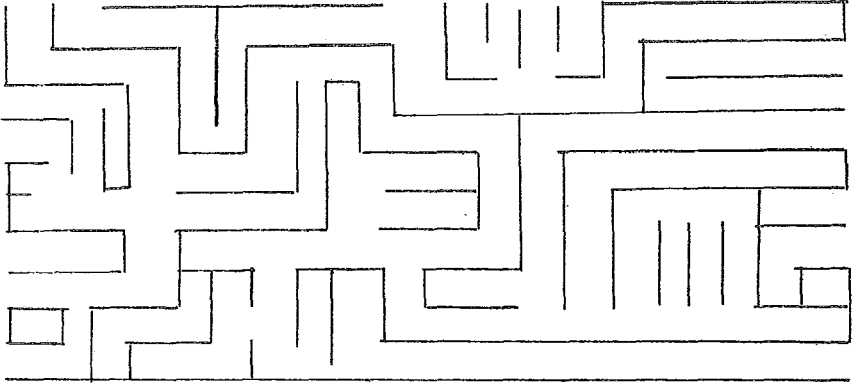
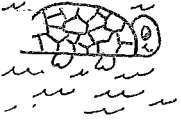


INSTRUCCIONES: AYUDA AL BARCO A ENCONTRAR EL CAMINO HACIA EL PUERTO.



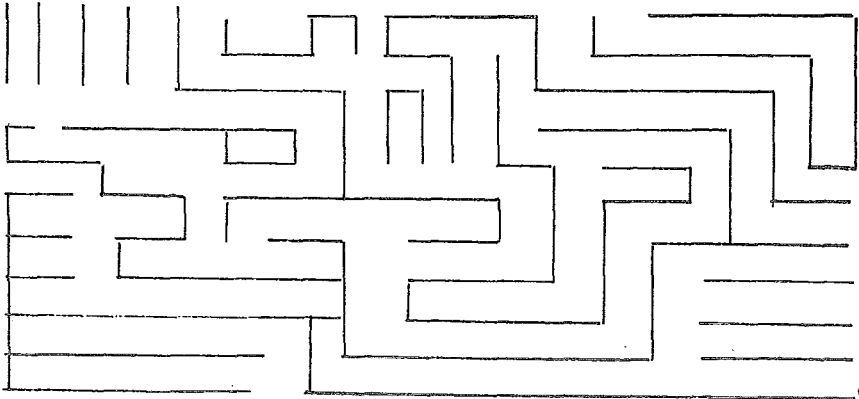
INSTRUCCIONES:

AYUDA A LA TORTUGA A ENCONTRAR EL CAMINO QUE LA LLEVE AL RIO



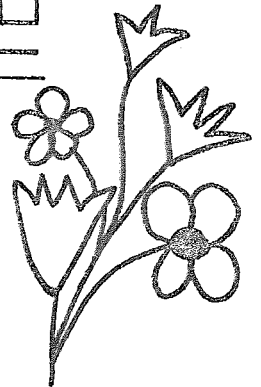
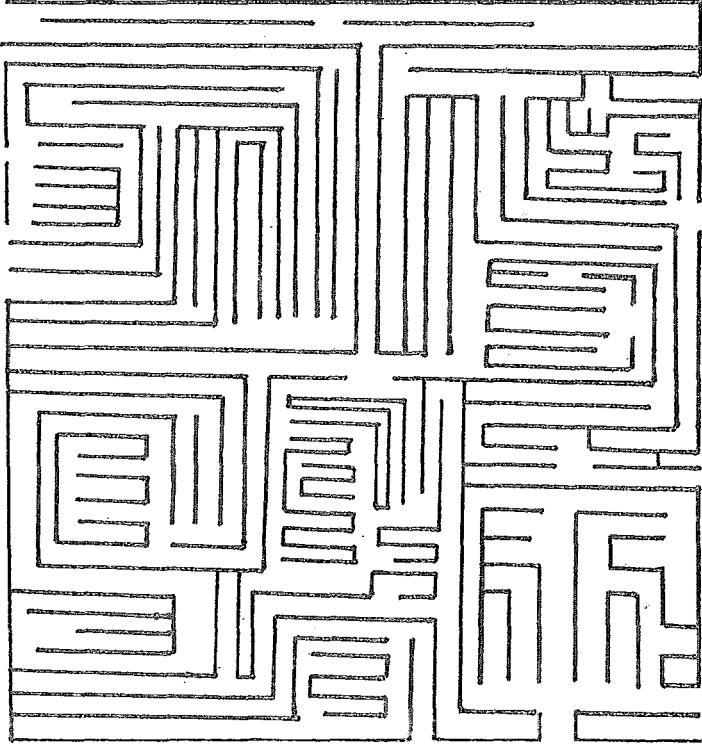
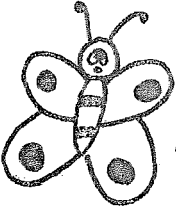
INSTRUCCIONES:

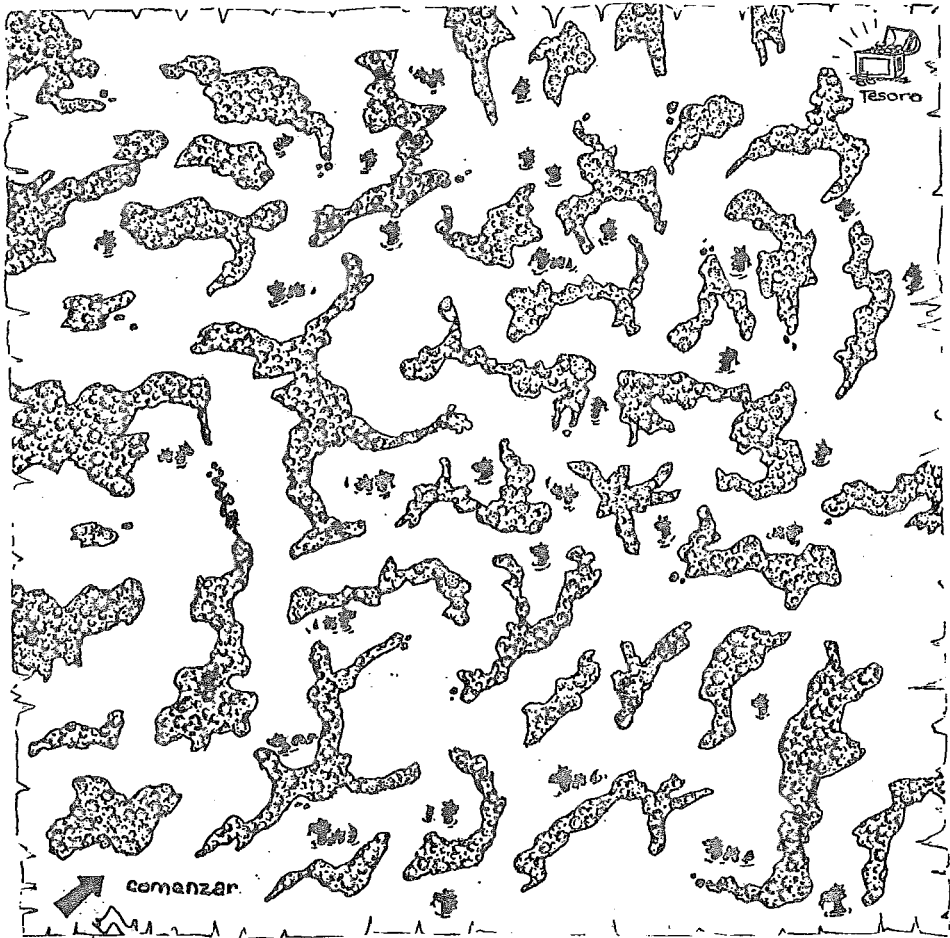
AYUDA A LA MARIPOSA A ENCONTRAR EL CAMINO QUE LA LLEVE A LAS FLORES.



INSTRUCCIONES:

AYUDA A LA MARIPOSA A
ENCONTRAR EL CAMINO QUE
LA LLEVE A LAS FLORES.

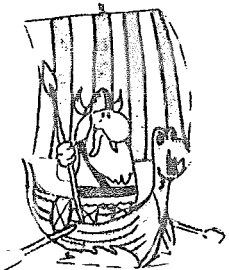




INSTRUCCIONES:

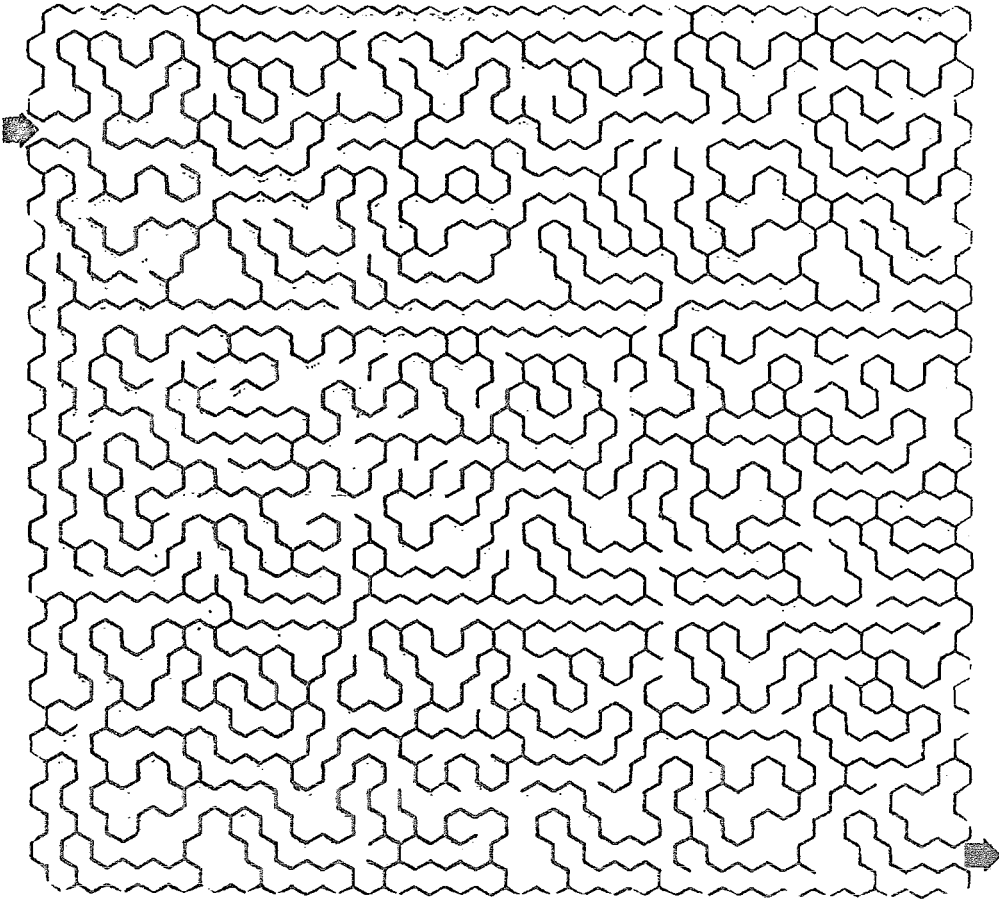
OLAF, EL TERRIBLE, QUIERE ENCONTRAR UN TESORO, PERO EL CAMINO ESTA LLENO DE DRAGONES.

AYUDALE A ENCONTRAR EL CAMINO; PUEDES ENCONTRARTE SOLAMENTE CON DOS DRAGONES, YA QUE OLAF, CUENTA SOLO CON DOS LANZAS.



ENCUENTRA EL CAMINO.

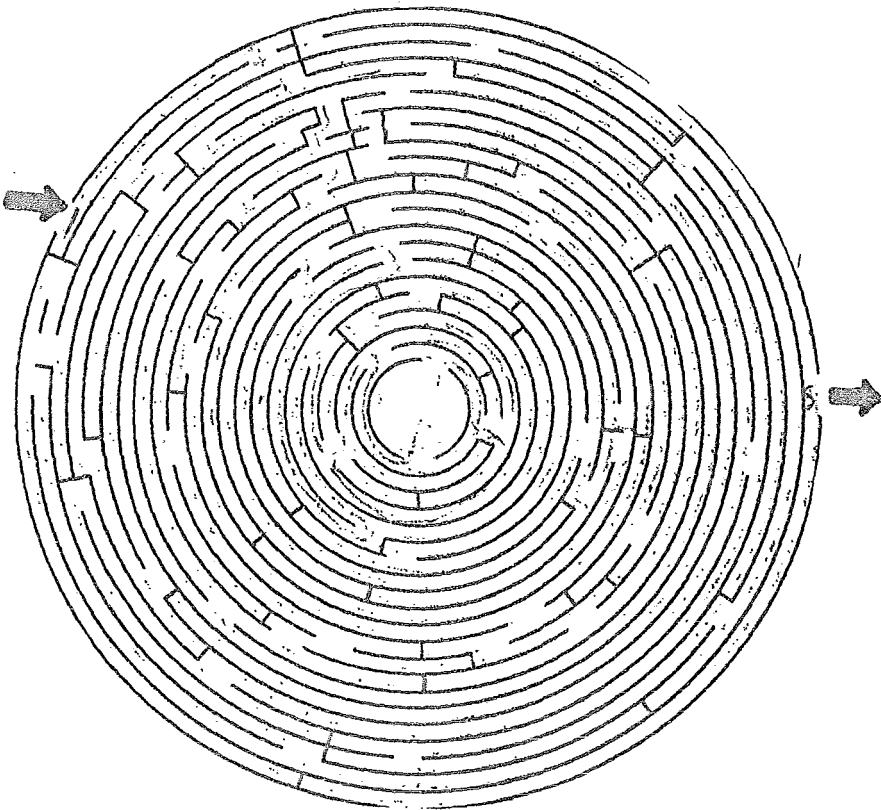
INSTRUCCIONES:
ENCUENTRA EL CAMINO
CORRECTO PARA UNIR A
LAS DOS FLECHAS.

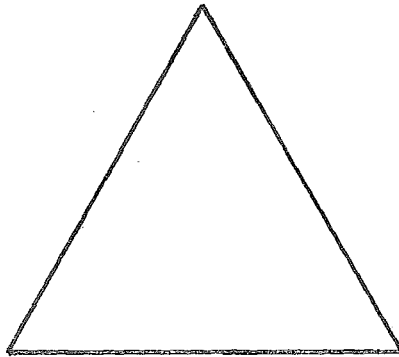
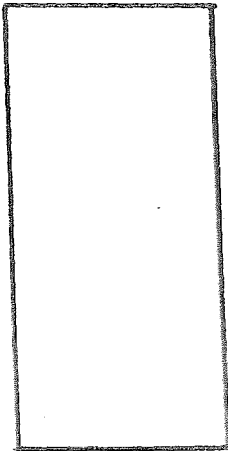
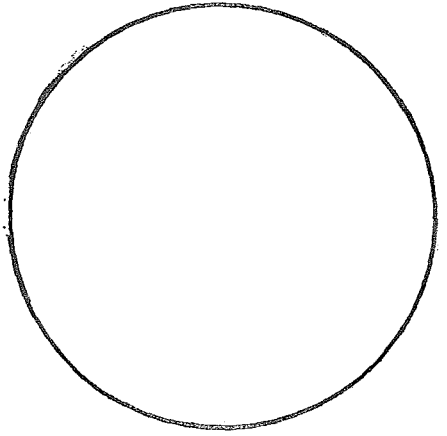
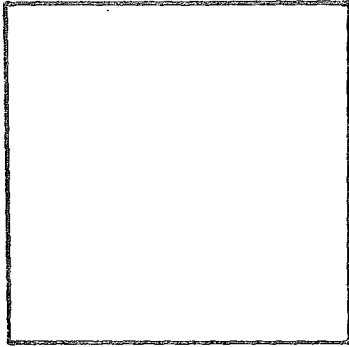


¿ CUAL ES EL CAMINO ?

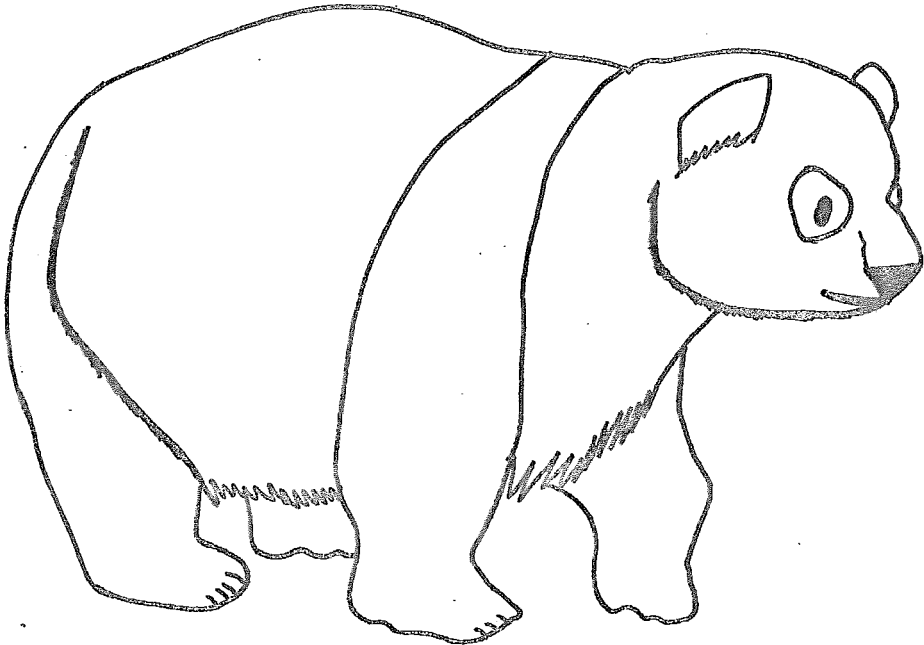
INSTRUCCIONES:

ENCUENTRA EL CAMINO
CORRECTO PARA UNIR A
LAS DOS FLECHAS.





INSTRUCCIONES:
CON LAPICES DE COLORES DIFE-
RENTES, MARCA LAS FIGURAS
TRATANDO DE NO SALIRTE DE LA
LINEA NEGRA.



INSTRUCCIONES:

CON LAPICES DE COLORES

MARCA LA FIGURA, TRATANDO

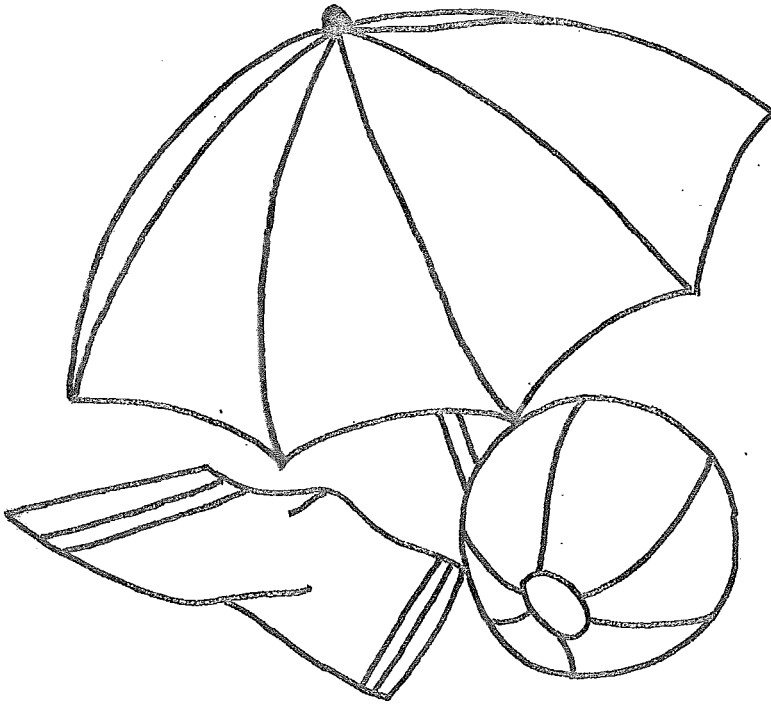
DE NO SALIRTE DE LA LINEA

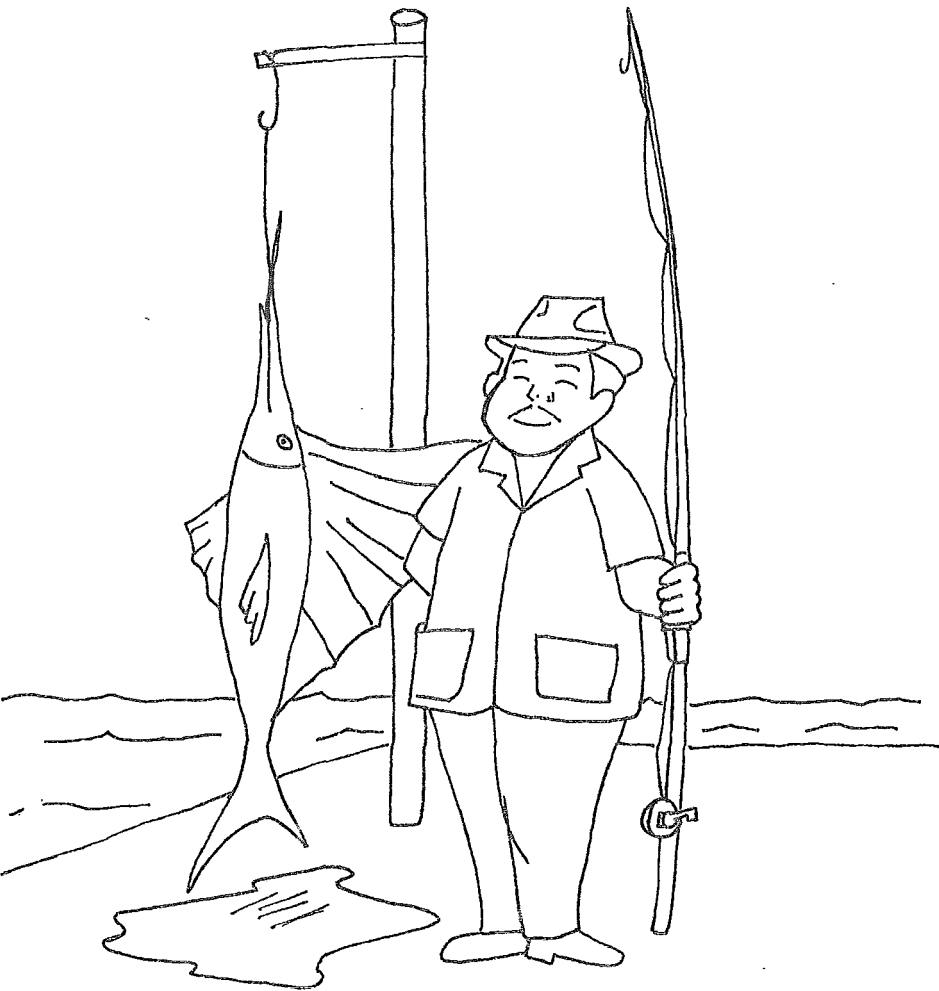
NEGRA.

INSTRUCCIONES:

MARCA CADA FIGURA CON UN COLOR DIFERENTE

TRATA DE NO SALIRTE DE LA LINEA.

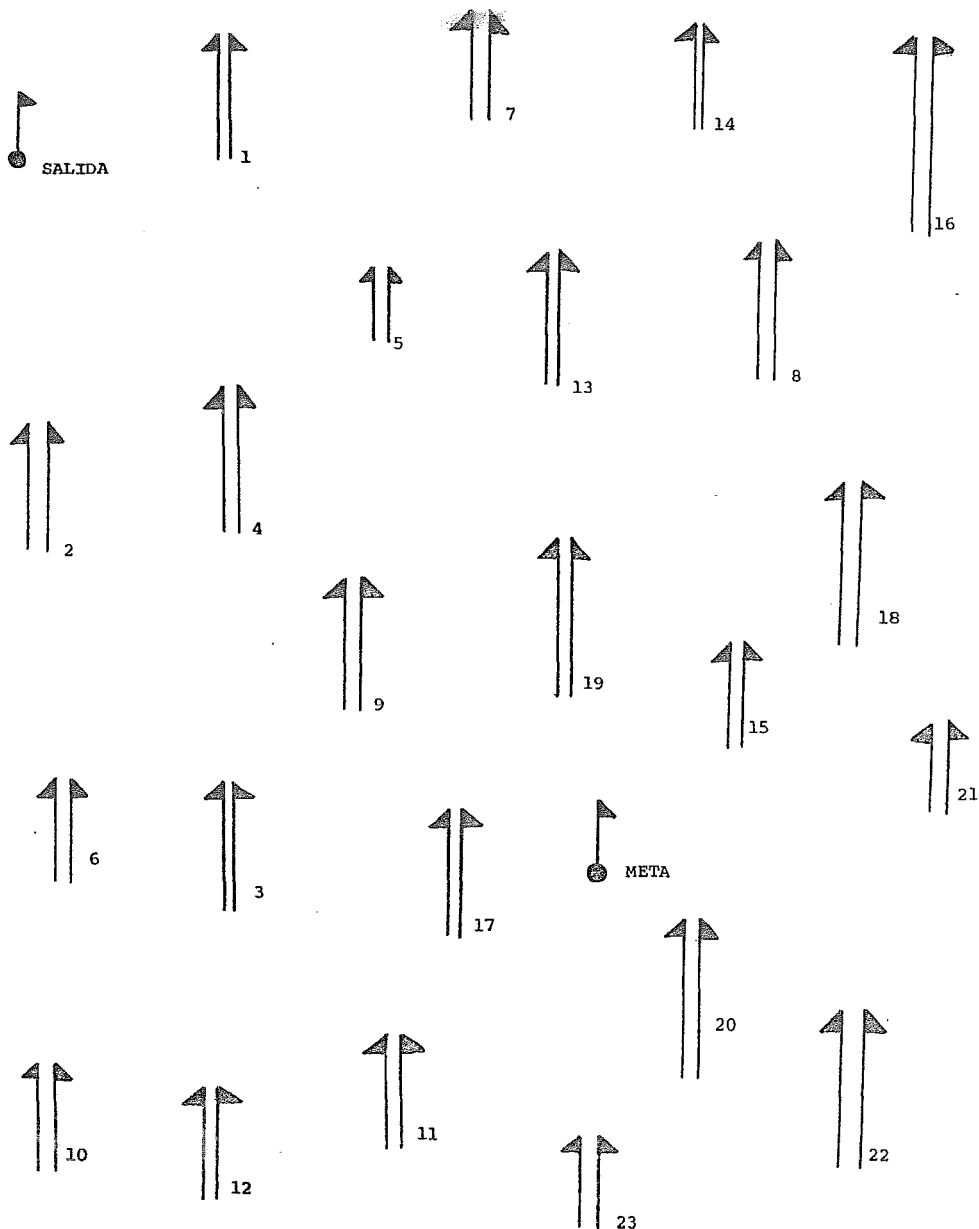




INSTRUCCIONES:
CON LÁPICES DE COLORES
MARCA LAS FIGURAS, PROCURANDO
NO SALIRTE DE LA LINEA NEGRA.



INSTRUCCIONES:
CON LAPICES DE COLORES
MARCA LAS FIGURAS, -
TRATANDO DE NO SALIRTE
DE LA LINEA NEGRA.

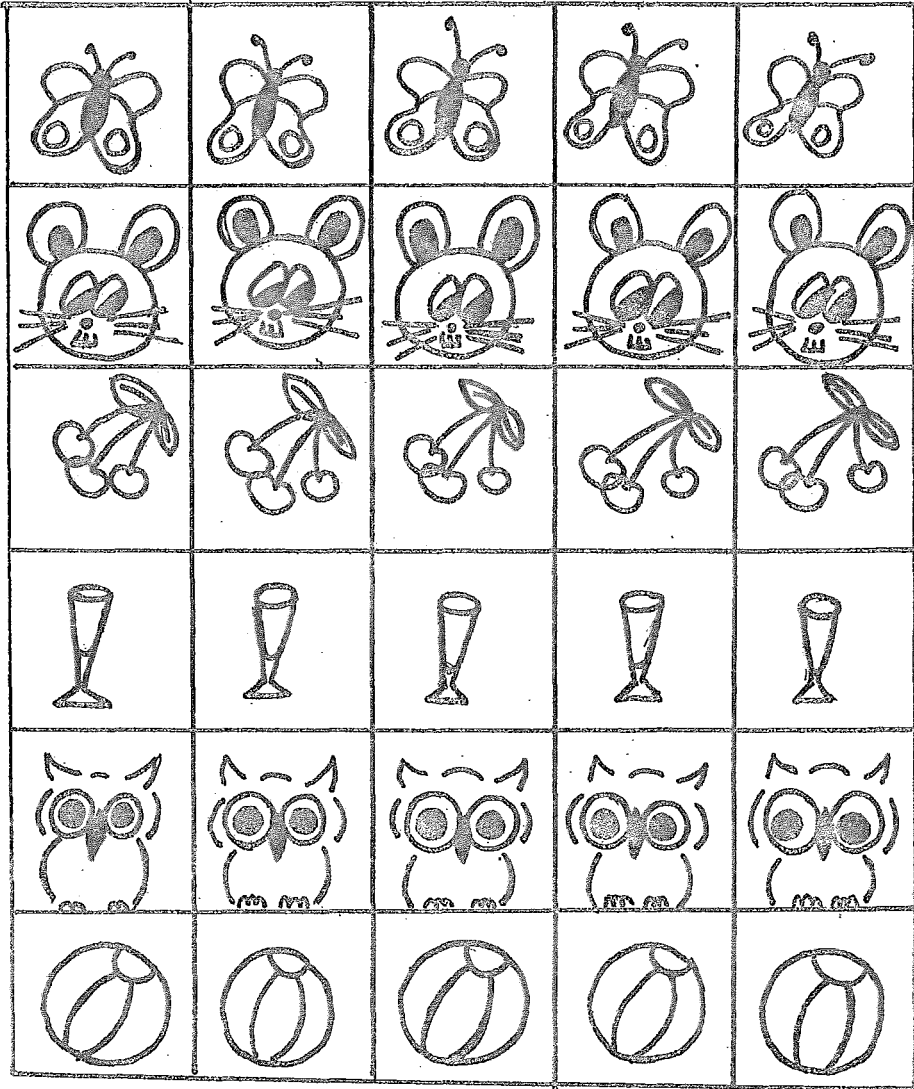


INSTRUCCIONES: Comenzando por la SALIDA, traza una línea que atraviese las paralelas, siguiendo la numeración. Recuerda no tocar las líneas.

POSICION EN EL ESPACIO.

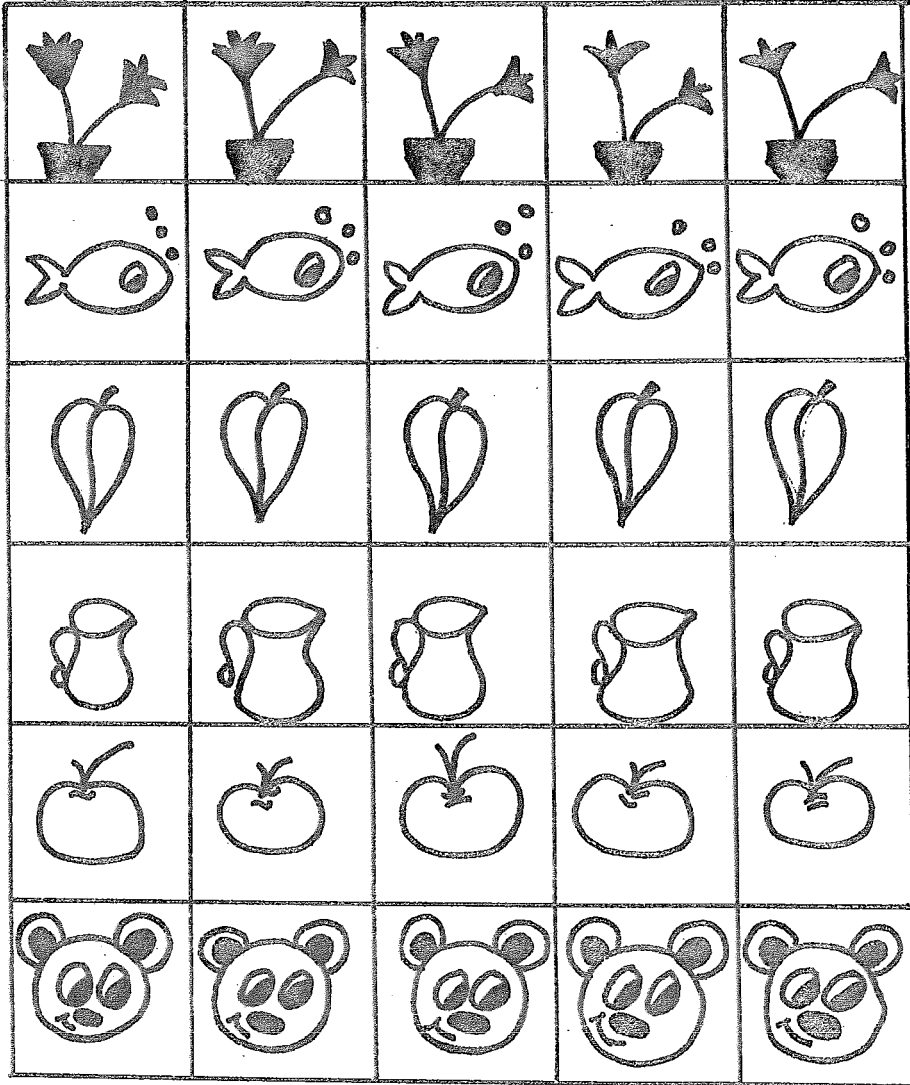
POSICION EN EL ESPACIO.

TACHA CON UNA CRUZ, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES
QUE TE DE TU MAESTRO.

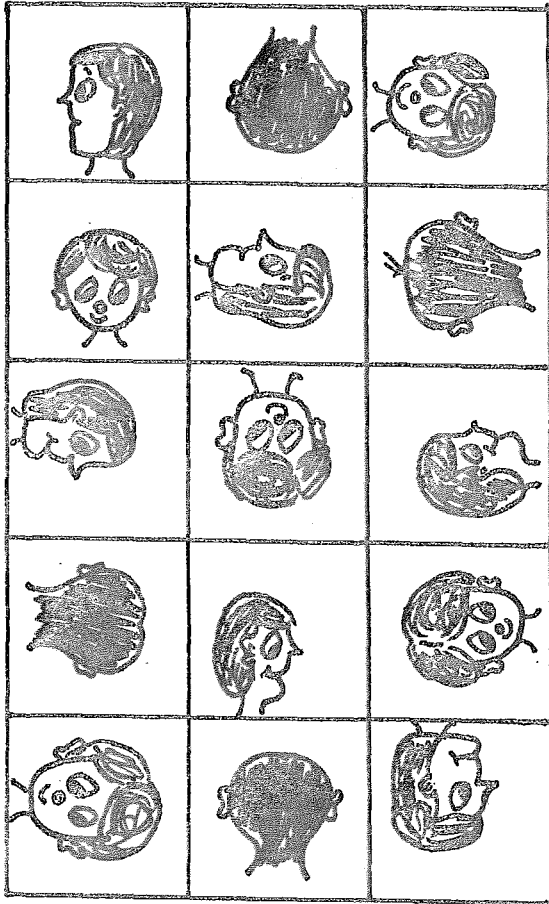


POSICION EN EL ESPACIO.

TACHA CON UNA CRUZ, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES
QUE TE DE TU MAESTRO.



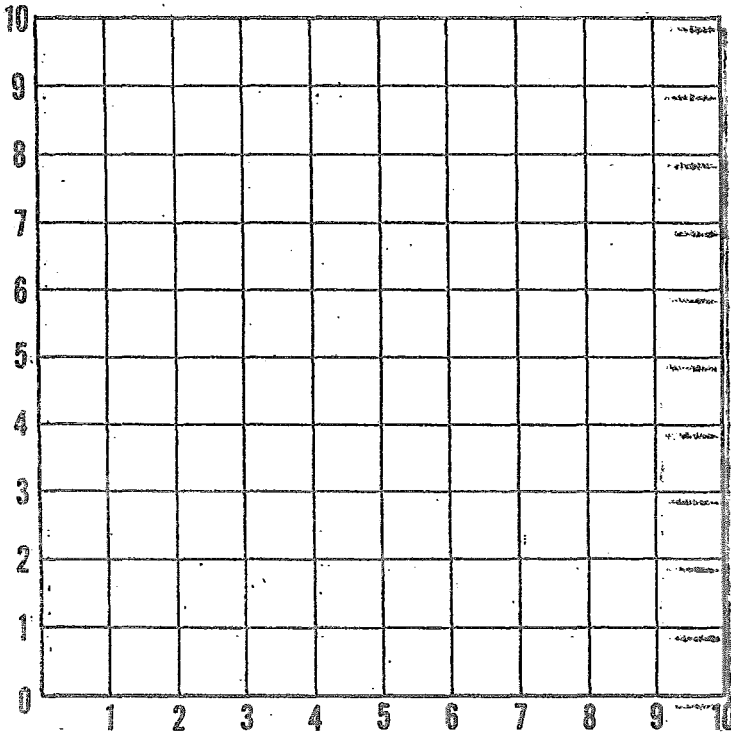
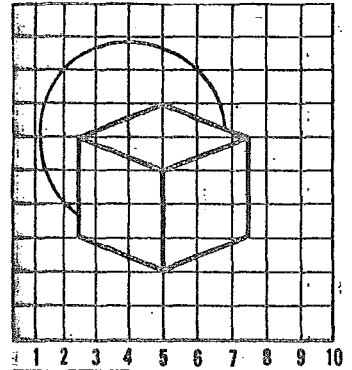
INSTRUCCIONES:
MARCA CON UNA CRUZ VERDE
LA OREJA DERECHA Y CON UNA
CRUZ ROJA LA OREJA IZQUIERDA
EN CADA FIGURA



RELACIONES ESPACIALES.

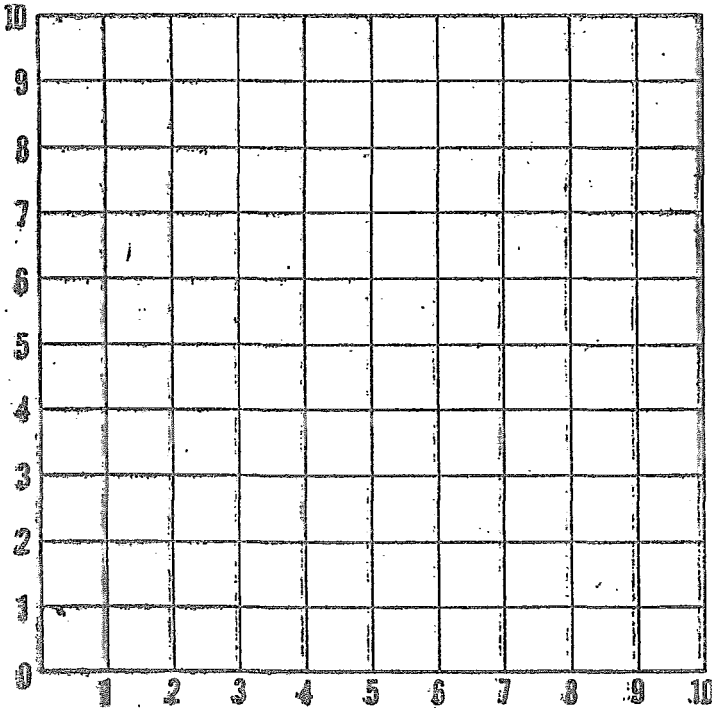
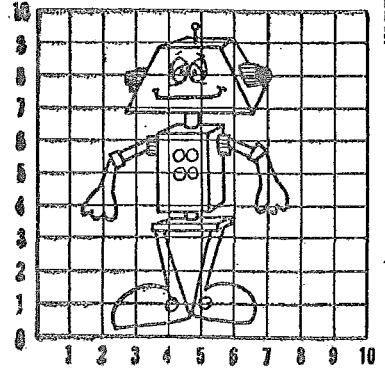
REPRODUCE EL DIBUJO.

INSTRUCCIONES: REPITE EL DIBUJO QUE SE
TE MUESTRA EN EL CUADRO PEQUEÑO, DEBES
DE TRATAR DE QUE QUEDE EN LOS MISMOS -
CUADROS. AYUDATE CON LA NUMERACION.



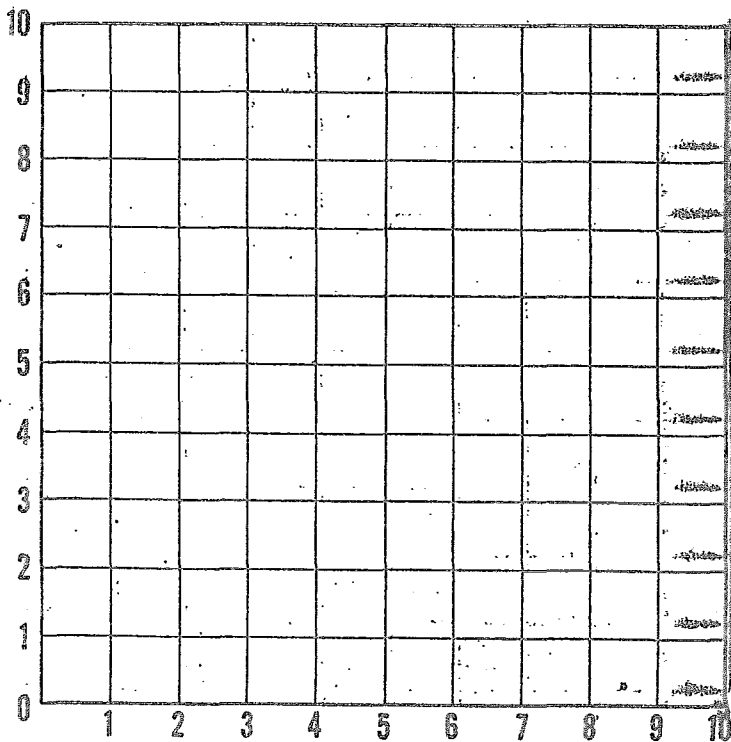
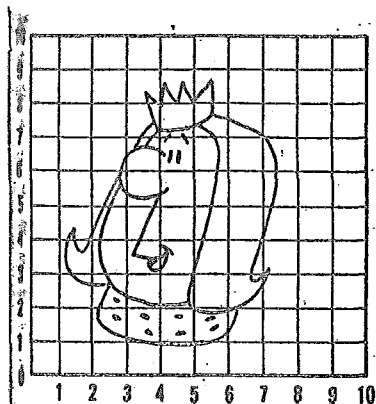
REPRODUCE EL DIBUJO.

INSTRUCCIONES: REPITE EL DIBUJO QUE SE
TE MUESTRA EN EL CUADRO PEQUEÑO, DEBES
DE TRATAR DE QUE QUEDE EN LOS MISMOS
CUADROS. AYUDATE CON LA NUMERACION.

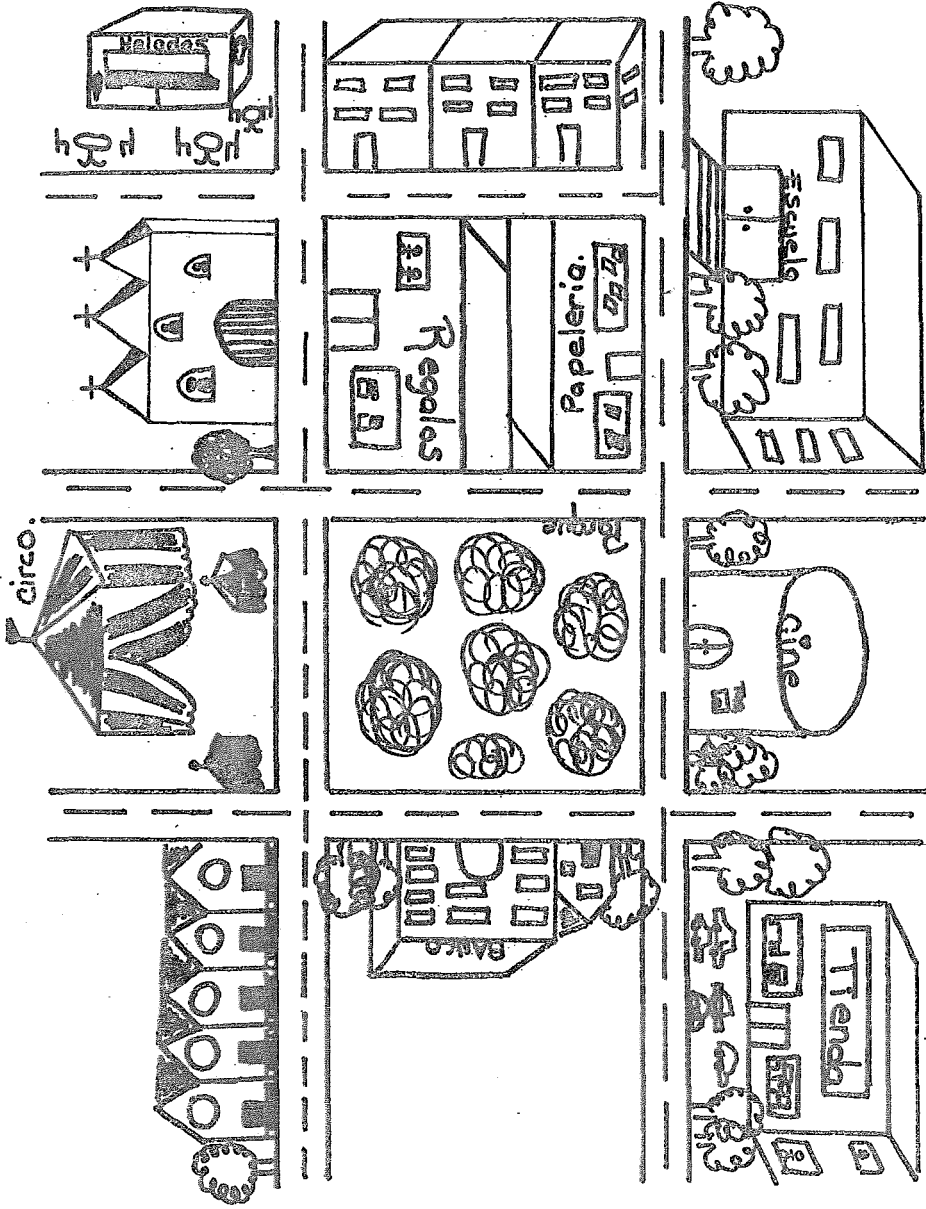


REPRODUCE EL DIBUJO.

INSTRUCCIONES: REPITE EL DIBUJO QUE SE
TE MUESTRA EN EL CUADRO PEQUEÑO, DEBES
DE TRATAR DE QUE QUEDE EN LOS MISMOS -
CUADROS. AYUDATE CON LA NUMERACION.

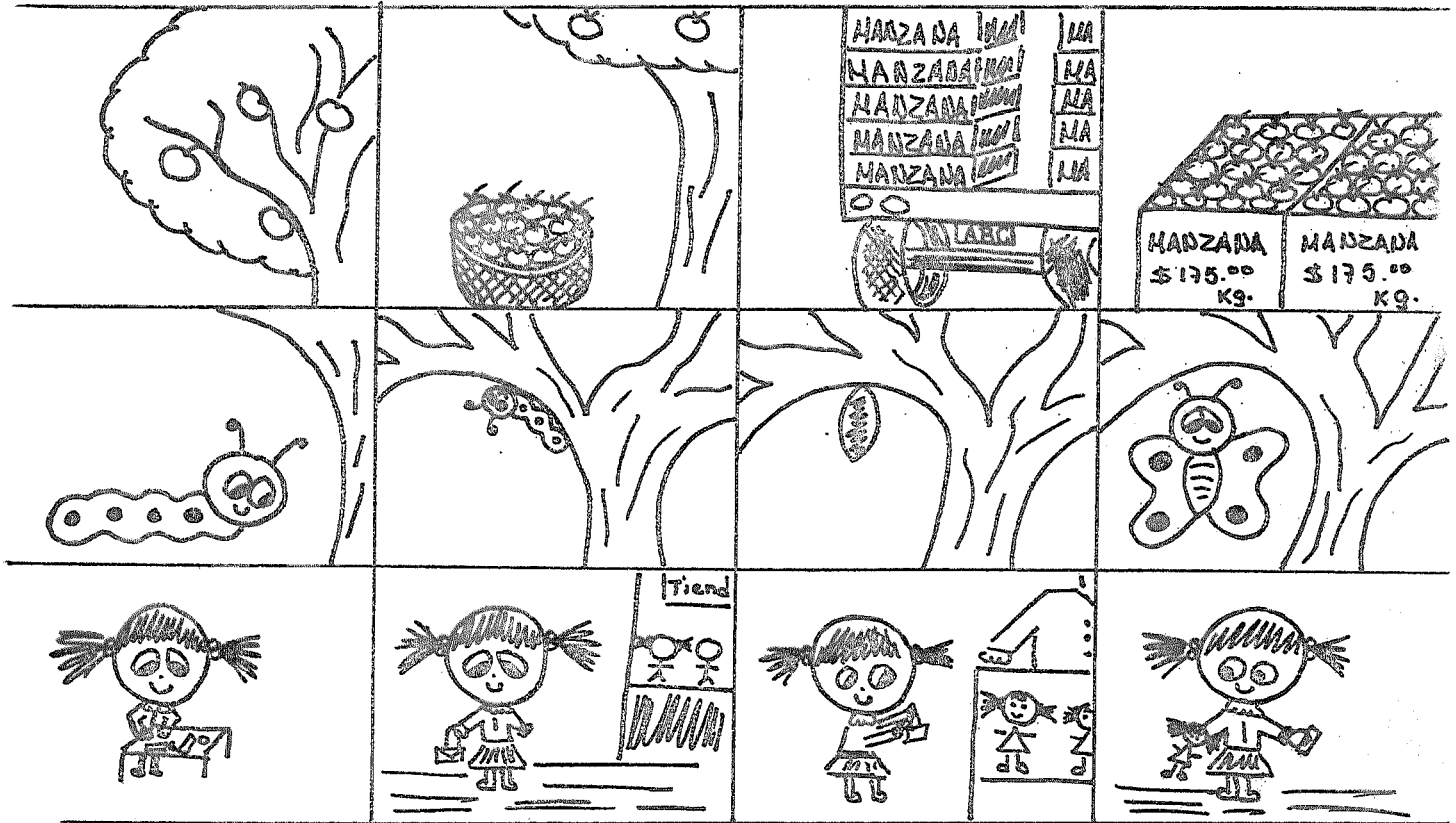


NOTA: Este croquis es para usarlo en la actividad "d" de la habilidad Relaciones espaciales, para que el niño pueda orientarse dentro de un mapa.

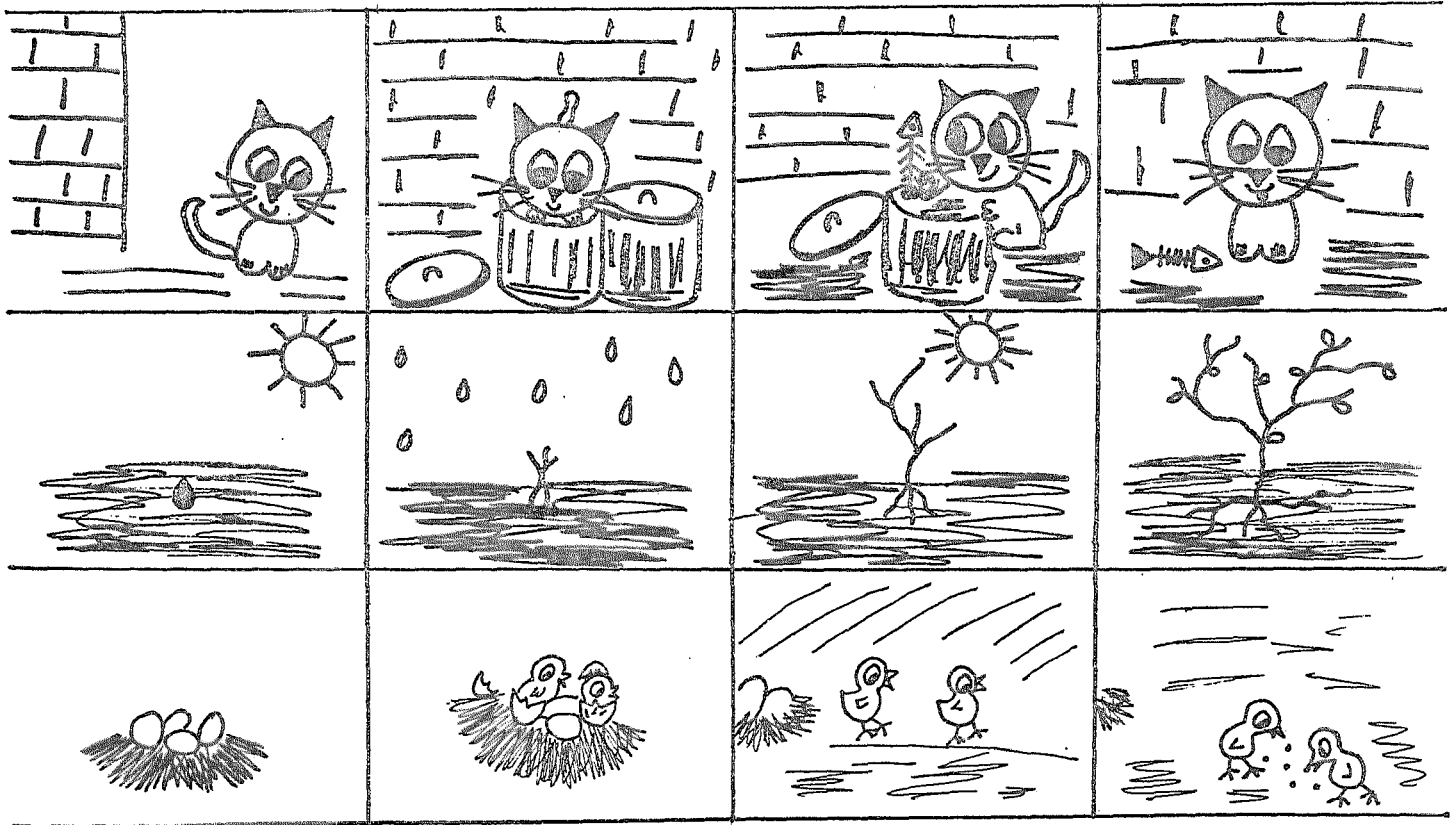


TEMPORALIDAD

NOTA: ESTOS DIBUJOS SE LE DEBEN DE DAR AL NIÑO RECORTADOS EN CUADROS, SIN UN ORDEN ESPECIFICO, PARA QUE EL LAS ORDENE Y NARRE LA HISTORIA.



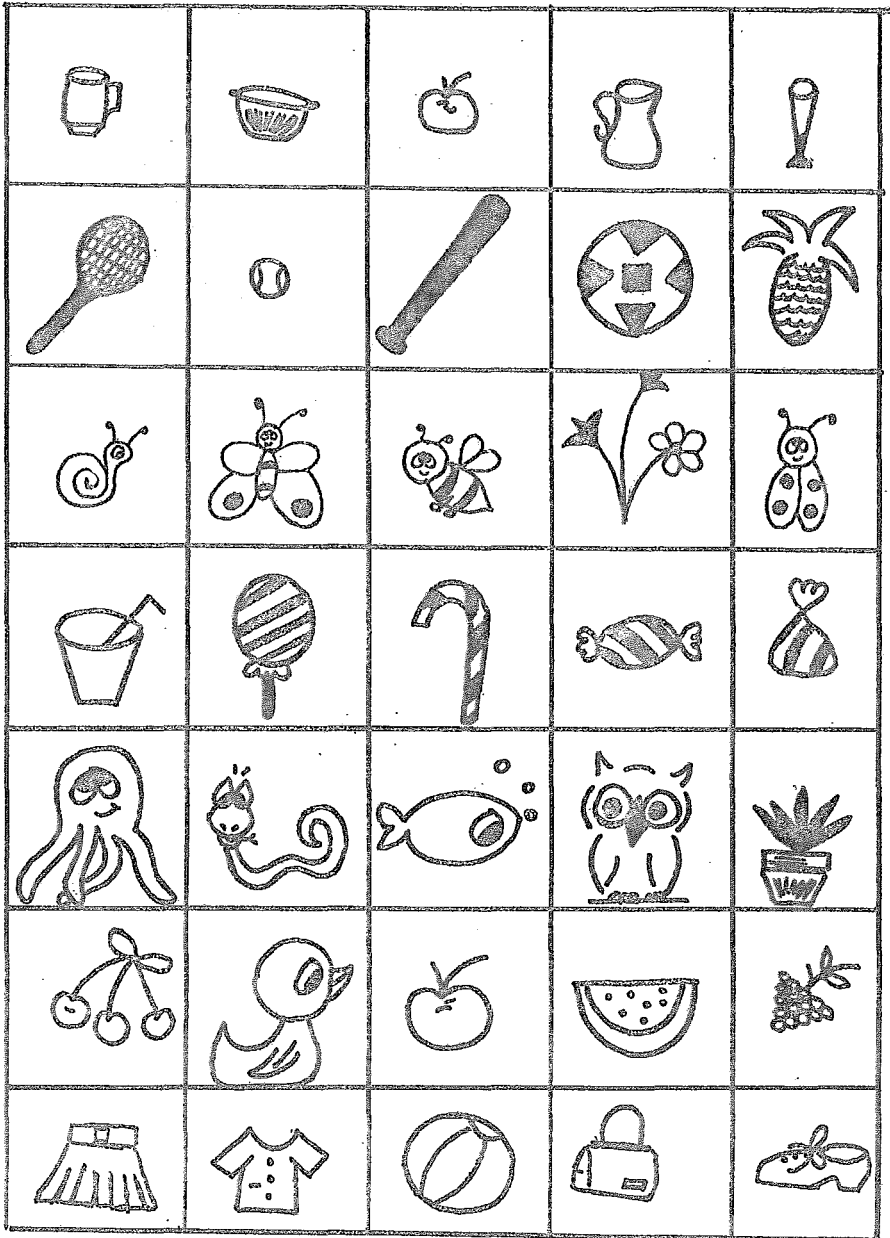
NOTA: ESTOS DIBUJOS SE LE DEBEN DE DAR AL NIÑO RECORTADOS EN CUADROS, SIN UN ORDEN ESPECIFICO, PARA QUE EL LAS ORDENE Y NARRE LA HISTORIA.



ASOCIACION VISUAL.

INSTRUCCIONES:

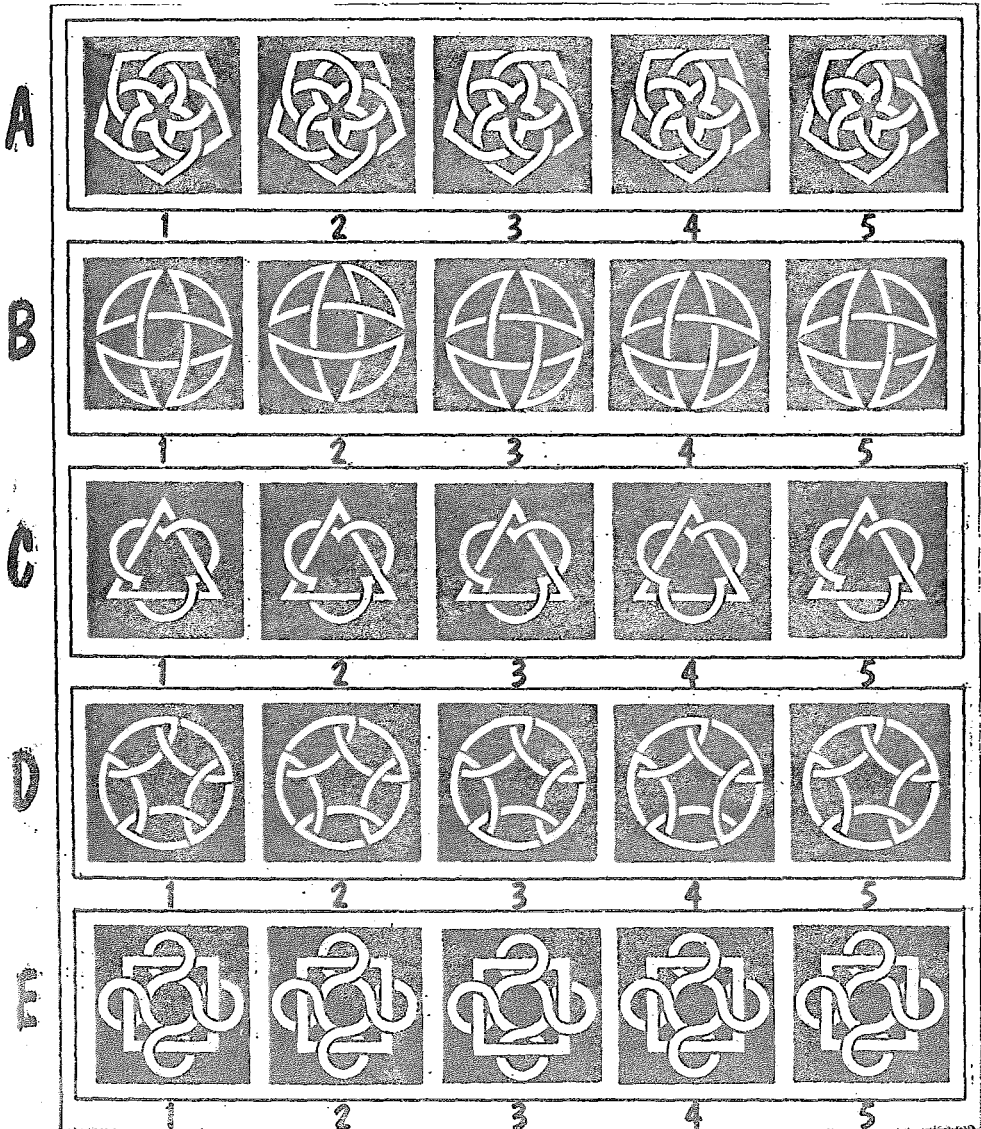
TACHA CON UNA CRUZ LA FIGURA QUE NO TENGA NINGUNA RELACIÓN CON LAS OTRAS.



¿ CUAL ES DIFERENTE ?

INSTRUCCIONES:

MARCA CON UNA CRUZ LA
FIGURA QUE SEA DIFERENTE
EN CADA UNA DE LAS LINEAS.



¿ CUAL ES DIFERENTE ?

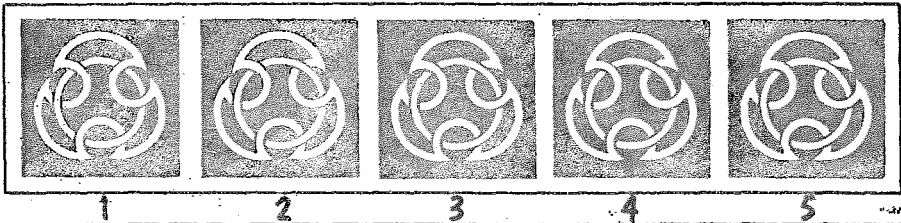
INSTRUCCIONES:

MARCA CON UNA CRUZ LA

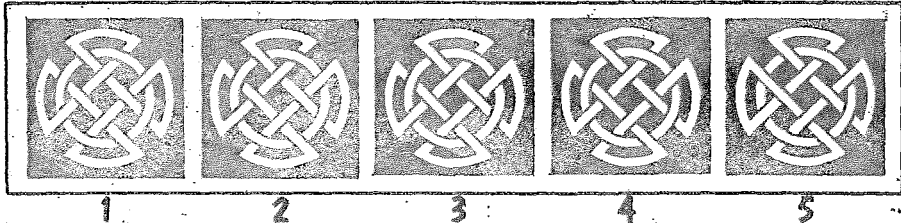
FIGURA QUE SEA DIFERENTE

EN CADA UNA DE LAS LINEAS,

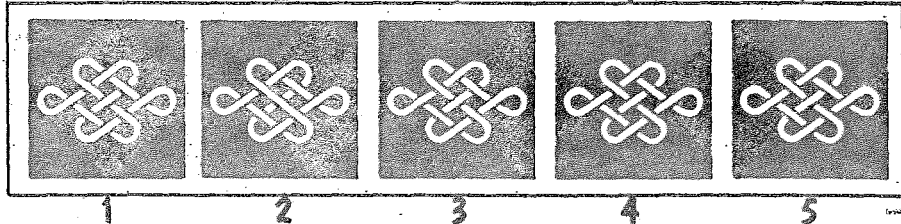
A



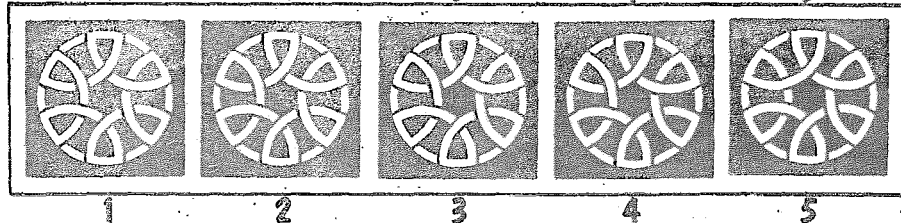
B



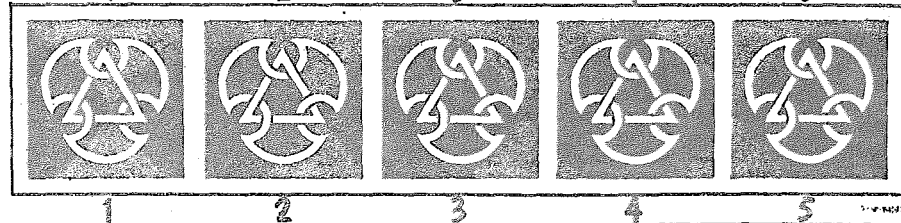
C



D



E



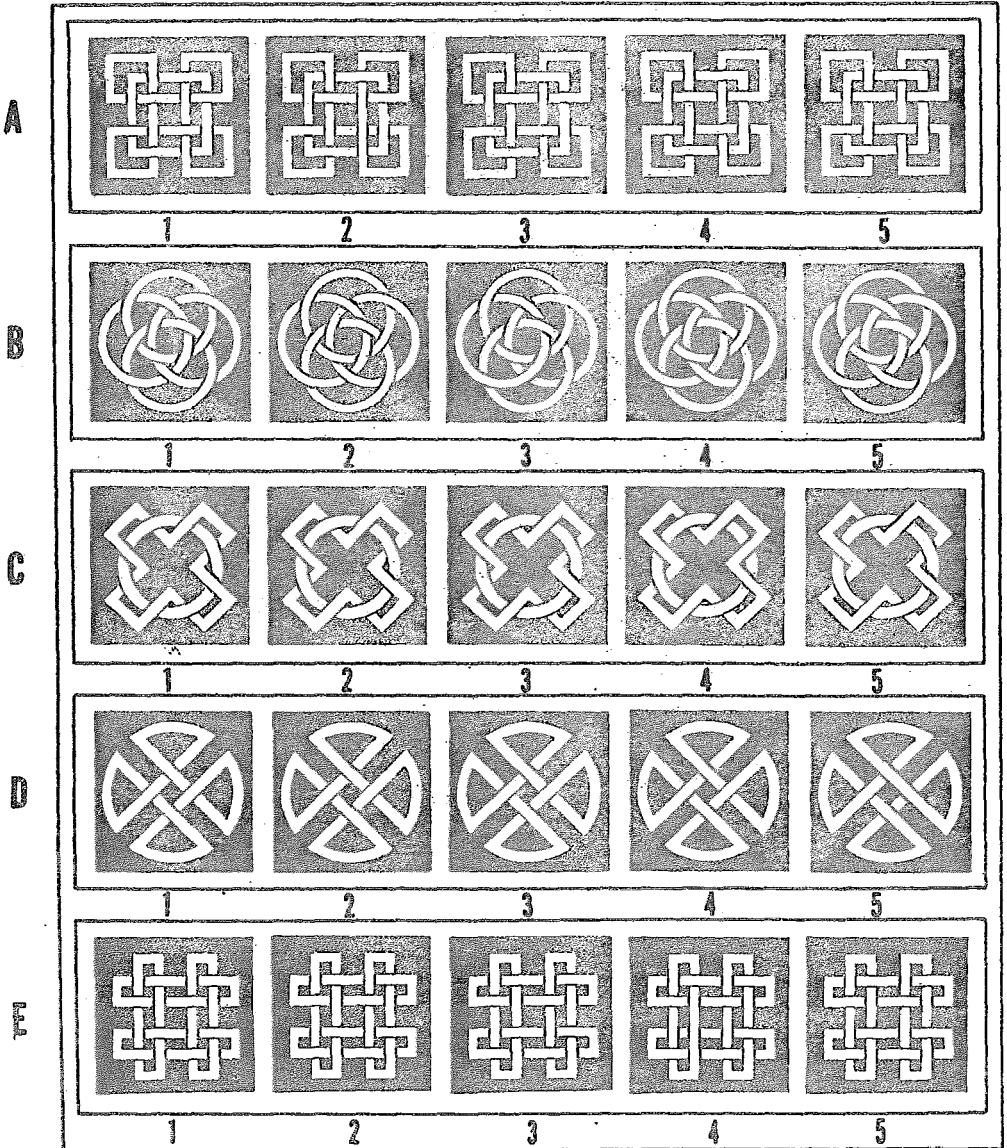
¿ CUAL ES DIFERENTE ?

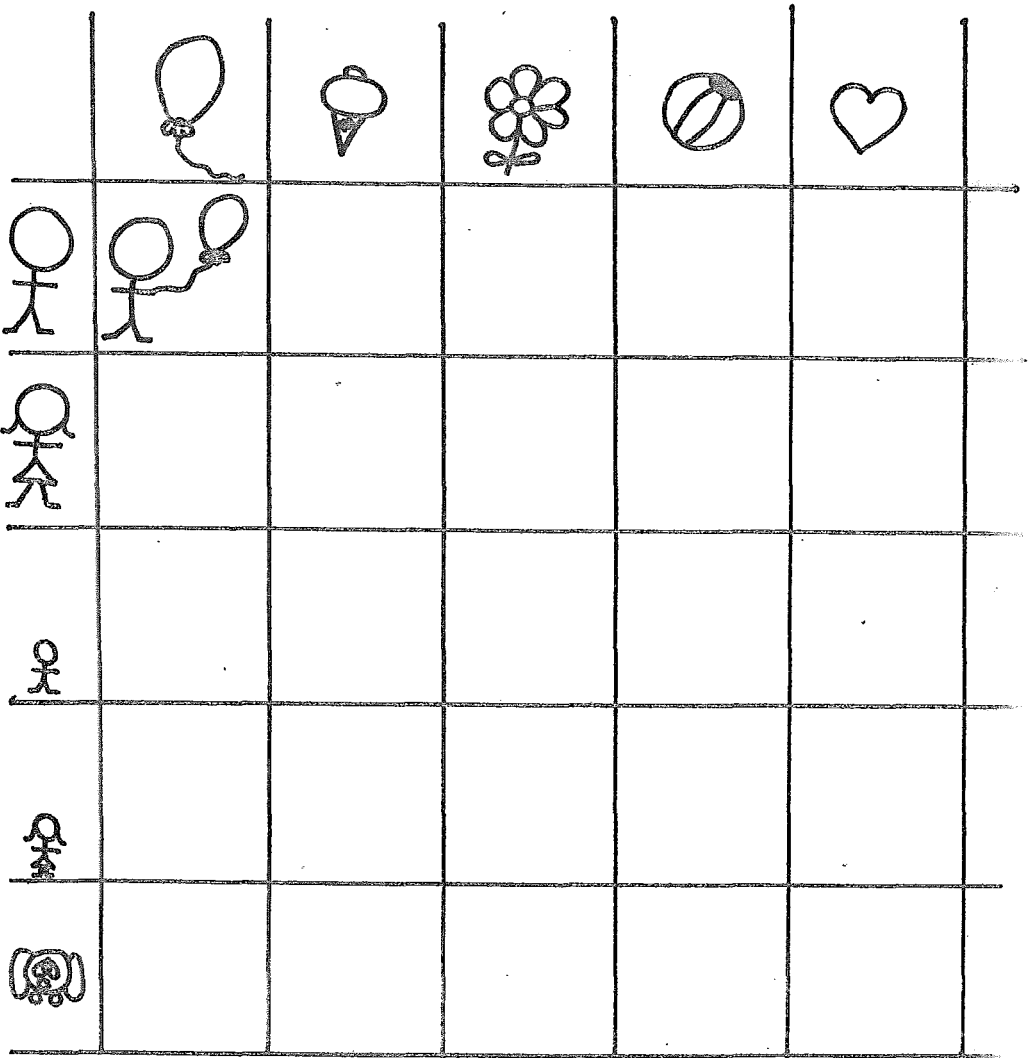
INSTRUCCIONES:

MARCA CON UNA CRUZ LA







FIGURA QUE SEA DIFERENTE

EN CADA UNA DE LAS LINEAS.



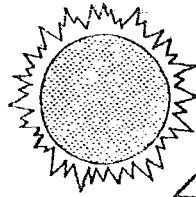


INSTRUCCIONES:
 OBSERVA CON CUIDADO EL
 EJEMPLO QUE SE TE DA.
 REALIZA DE LA MISMA MANERA
 TODO EL EJERCICIO.

					
1					
2					
3					
4					
5					

INSTRUCCIONES.
 OBSERVA CON CUIDADO EL
 EJEMPLO QUE SE TE DA.
 REALIZA DE LA MISMA MANERA
 TODO EL EJERCICIO.

MATEMATICAS



987	987
+ 534	- 534
_____	_____

3,084	3,084
- 2,365	+ 2,365
_____	_____

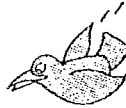
832	832
+ 656	- 656
_____	_____



8001	8001
- 679	+ 679
_____	_____

683	683
- 596	+ 596
_____	_____

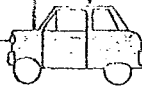
6,527	6,527
- 4,980	+ 4,980
_____	_____



741	741
+ 698	- 698
_____	_____

9,528	9,528
- 6,436	+ 6,436
_____	_____

453	453
- 65	+ 65
_____	_____



CEROS

$0 \times 0 = 0$

$1 \times 0 = 0$

$2 \times 0 = 0$

$3 \times 0 = \square$

$4 \times 0 = \square$

$5 \times 0 = \square$

$6 \times 0 = \square$

$7 \times 0 = \square$

$8 \times 0 = \square$

$9 \times 0 = \square$

$10 \times 0 = \square$

$11 \times 0 = \square$

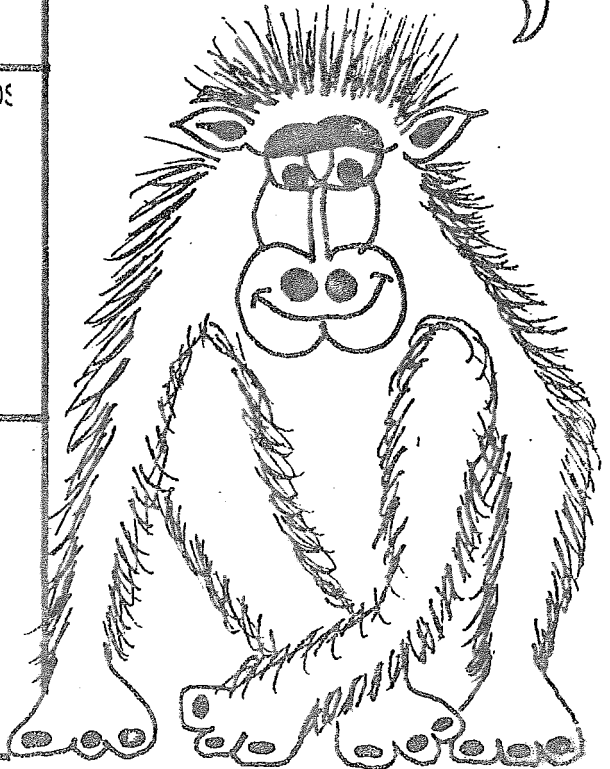
$12 \times 0 = \square$

DIBUJA CERO GRUPOS DE 2 FLORES

DIBUJA CERO GRUPOS DE 4 GLOBOS

DIBUJA CERO GRUPOS DE 6 CAMAS

NO NECESITARAS UN LAPIZ
PARA HACER ESTOS DIBUJOS



UNOS

CUALQUIER NUMERO MULTIPLICADO POR UNO EQUIVALE A ESE NUMERO

$1 \times 1 = \square$

$7 \times 1 = \square$

$2 \times 1 = \square$

$8 \times 1 = \square$

$3 \times 1 = \square$

$9 \times 1 = \square$

$4 \times 1 = \square$

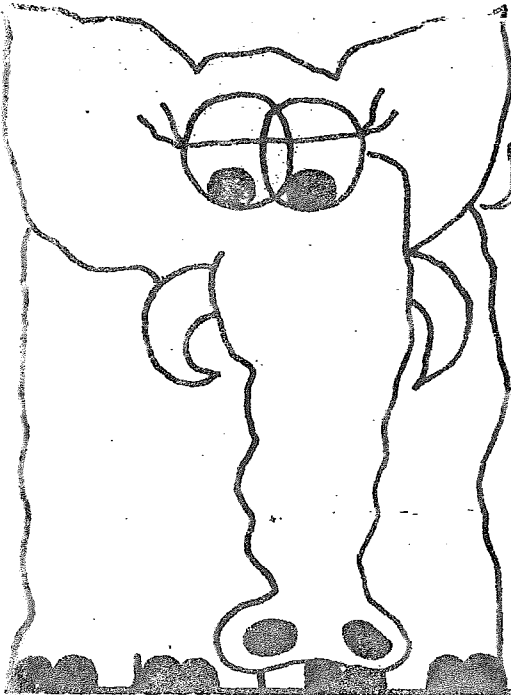
$10 \times 1 = \square$

$5 \times 1 = \square$

$11 \times 1 = \square$

$6 \times 1 = \square$

$12 \times 1 = \square$



DIBUJA UN GRUPO DE 5 GLOBOS.
CUANTOS GLOBOS DIBUJASTE

DIBUJA UN GRUPO DE 6 MANZANAS.
CUANTAS MANZANAS DIBUJASTE

DIBUJA 1 GRUPO DE 2 NIÑOS.
CUANTOS NIÑOS DIBUJASTE

DIBUJA 1 GRUPO DE 3 ESTRELLAS.
CUANTAS ESTRELLAS DIBUJASTE

En busca del dos

$2 \times 2 = 4$

6 1

2 1 2 2 2

4 2 8 12 2

5 6 2 12 1

2 0 0 5 2 10

10 12 2 24 2 2 4

2 2 2 0 4 20 0

20 24 4 0 2 0 0

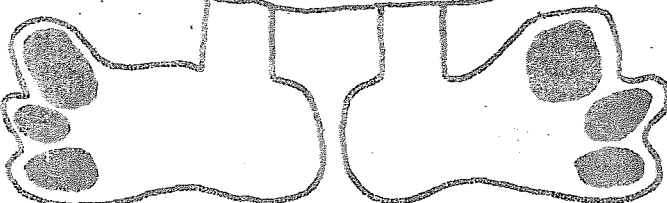
5 2 10 7 2 14 4

2 8 2 2 6 1 2

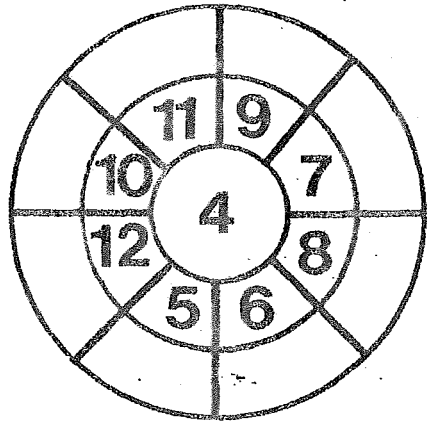
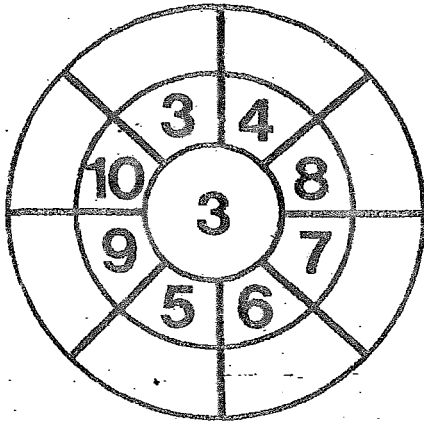
10 16 20 14 12 2 8

3 2 6 4 2 8 16

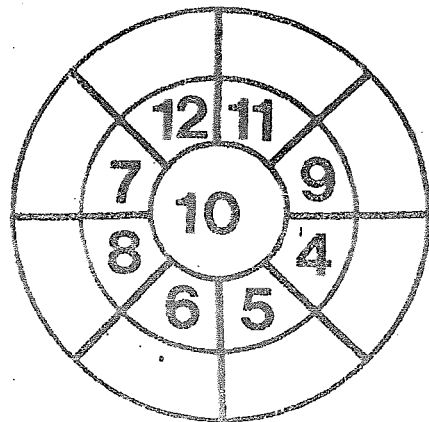
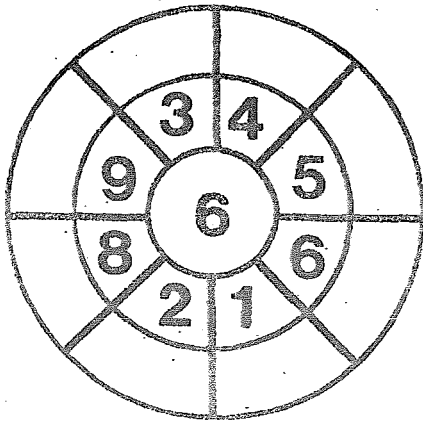
Encuentra y encierra
todos los números
multiplicados por 2
y seguidos por sus
productos,



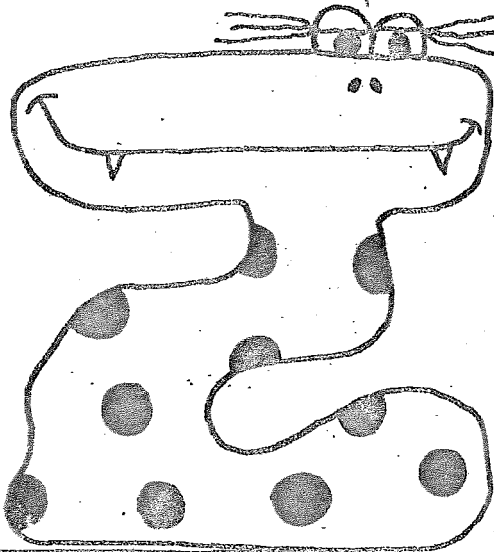
Multiplicando con Tiro al Blanco



Multiplica el número del centro por cada número exterior y escribe la respuesta en el espacio correspondiente.



Dibuja una línea conectando factores con productos iguales.



5×5

5×6

10×3

5×8

10×4

25×1

7×6

25×2

9×5

6×7

10×5

5×9



5×11

7×8

12×8

84×1

8×7

66×1

12×7

96×1

8×8

55×1

9×8

8×9

6×11

32×2

12×5

8×0

8×10

8×11

4×9

6×6

4×22

20×4

96×0

10×6

¿ CUAL ES EL SIGNO CORRECTO ?

INSTRUCCIONES:

UTILIZA LOS SIGUIENTES

SIGNOS PARA ENCONTRAR-

EL RESULTADO QUE SE TE

DA.

FIJATE EN EL EJEMPLO No. 1



1) $1 + 2 - 3 = 0$

2) $1 \ 3 \ 2 = 1$

3) $1 \ 3 \ 2 = 2$

4) $2 \ 1 \ 3 = 3$

5) $2 \ 3 \ 1 = 4$

6) $2 \ 3 \ 1 = 5$

7) $1 \ 2 \ 3 = 6$

8) $1 \ 2 \ 3 = 7$

9) $1 \ 3 \ 2 = 8$

10) $2 \ 4 \ 6 = 0$

11) $6 \ 4 \ 2 = 1$

12) $2 \ 4 \ 6 = 2$

13) $2 \ 6 \ 4 = 3$

14) $2 \ 6 \ 4 = 4$

15) $4 \ 6 \ 2 = 5$

16) $6 \ 2 \ 4 = 7$

17) $6 \ 2 \ 4 = 8$

18) $6 \ 2 \ 4 = 12$

¿ CUALES SON LOS NUMEROS QUE FALTAN PARA
QUE NOS DE ESE RESULTADO?

$$\boxed{4} \times \boxed{3} + \boxed{6} = 18$$

INSTRUCCIONES:

DE ACUERDO CON LOS SIGNOS
QUE SE TE DAN, CUALES SON -
LOS NUMEROS QUE FALTAN PARA
OBTENER EL RESULTADO.

5

$$\boxed{} \times \boxed{} \div \boxed{} = 8$$

6

$$\boxed{} + \boxed{} + \boxed{} = 12$$

7

$$\boxed{} \times \boxed{} - \boxed{} = 14$$

8

$$\boxed{} \times \boxed{} + \boxed{} = 15$$

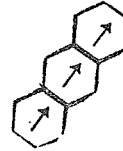
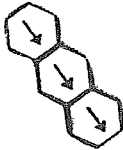
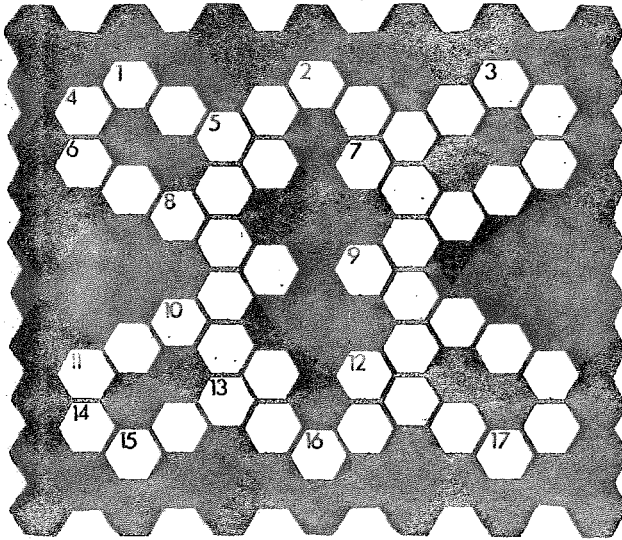
$$\boxed{} \times \boxed{} \div \boxed{} = 1$$

$$\boxed{} \times \boxed{} \div \boxed{} = 2$$

$$\boxed{} \times \boxed{} - \boxed{} = 5$$

$$\boxed{} \div \boxed{} \times \boxed{} = 6$$

CRUCIGRAMA DE NUMEROS.



- 1.- $(25 \times 100) - (12 \times 10) =$
- 2.- $(1300 - 58) \div 3 =$
- 3.- $(66 \div 11) \times 7 =$
- 6.- $(700 \times 100) - (700 + 100) =$
- 7.- $(9 + 40) \times 9 =$
- 9.- $(100 - 48) \times (600 \div 2) =$
- 10.- $(4000 \div 4) - 235 =$
- 12.- $(52 \times 101) + (0 \div 50) =$
- 13.- $(639 \div 3) - (7 \times 8) =$
- 14.- $(470 - 6) \div (12 - 4) =$

- 4.- $2 + (5 \times 8) =$
- 5.- $824 \times (328 - 327) =$
- 7.- $(2222 \times 4) \div 2 =$
- 8.- $1000 - (8 \times 90) =$
- 9.- $(33333 + 44444) \div 7 =$
- 11.- $(200,000 \div 5) + 1700 =$
- 12.- $500 + (12 \times 12) - 58 =$
- 15.- $(10,000 - 2000) + (75 \div 5) =$
- 16.- $(359 \times 0) + (1000 - 248) =$
- 17.- $(13 - 12) \times (13 + 12) =$

GLOSARIO.

A.

Acting out. Expresión directa de un deseo o impulso inconsciente a fin de evitar cobrar consciencia de un afecto asociado, la fantasía inconsciente que implica objetos se traduce en una conducta impulsiva gratificando más a su impulso que a su prohibición. A un nivel crónico, el acting out supone una conducta de impulsos a fin de evitar la tensión que produciría su expresión.

Afasia. Perturbación cerebral que consiste en una incapacidad para articular palabras y comprender el lenguaje hablado.

Algias. Dolor ed una región sin modificaciones anatómicas apreciables.

Anfetaminas. Sulfato estimulante del Sistema Nervioso Central e hipertensor.

Anoxia. Pérdida de apetito, notable y exagerada.

Astenia. Fasta o pérdida de la fuerza. Falta de vigor o deficiente vitalidad.

Automatismos. Ejecución de un movimiento, de un acto por el efecto de hábito sin participación de la conciencia. Por simple llamada a la actividad interior subconsciente.

B.

Bruxismo, Rechinar los dientes.

Bulimia, Hambre morbosa exagerada (contrario a anorexia).

C.

Cleptomanía. Tendencia impulsiva, irresistible a robar, generalmente-
objetos que no necesitan.

Clono. Serie de rápidas contracciones y relajaciones de los pares an-
tagónicos de músculos extensores o flexores de una extremidad, que
tienen origen miotático, esto es, que son debidas a dilataciones rít-
micas en cualesquiera puntos de una reunión de los músculos (C.F. con-
vulsión, espasmo) clónico.

Cianosis. Coloración azul de la piel y mucosas especialmente debida a
anomalías cardiacas, causa de oxigenación insuficiente de la sangre.

D.

Depresores. Sustancia que se emplea para deprimir o bajar la tensión.

Disartría. Lenguaje deficiente a causa de lesiones en el Sistema Ner-
vioso Central.

Disfasias. Grado moderado de Afasia (ver Afasia).

Disforia. Inquietud, malestar opuesto a la euforia.

Disgrafias. Trastorno de la facultad de expresar ideas por medio de la escritura.

Dislalias. Lenguaje defectuoso sin lesiones comprobables en el Sistema Nervioso Central con o sin anomalías en el mecanismo verbal periférico. Trastorno del lenguaje debido a una lesión de la laringe.

Dislexia. Síndrome caracterizado por una dificultad específica en aprender a leer, a deletrear y a escribir.

Dispraxia. Trastorno de los movimientos o actos coordinados.

Dístocia. Parto doloroso o lento.

E.

Encopresis. Incontinencia de las heces. (copro)

Enuresis. Descarga involuntaria de orina durante el día o en el sueño.

Euforia. Bienestar corporal, Estado mental patológico caracterizado por sensaciones infundadas de bienestar, optimismo y fuerza o vigor físicos.

Estimulantes. Droga u otra sustancia química que al ser introducida en el cuerpo tiende a producir aumento de la actividad nerviosa o de alguna otra función fisiológica.

Estrabismo. Deficiencia en uno de los ojos al tomar su posición de fijación binocular adecuada en relación con el otro, debida a defectos o falta de control en los músculos.

Eutócico. Se relaciona con el parto normal.

F.

Fobias. Temor morboso, obsesionante y angustioso que sobreviene en circunstancias determinadas, siempre las mismas para cada enfermo.

Frustración. Estado de tensión emocional aumentada por fracaso en el logro de satisfacciones generalmente como consecuencia de fuerzas lejanas al individuo.

G.

Geofagia. Hábito de comer tierra o sustancias similares que no poseen valor nutritivo.

Gnosias. Facultad de percibir y reconocer.

H.

Habilidades, Aptitudes para la reacción de tipo simple o complejo psíquico o motor que han sido aprendidas por un individuo hasta el grado de poder ejecutarlas con rapidez.

Hiperhidrosis. Sudación excesiva general o localizada.

Hipersomnia, Sueño excesivo, patológico.

Hipocalcemia, Reducción de la tasa de calcio en la sangre.

Hipoglucemia. Disminución de la cantidad de glucosa en la sangre.

Hipomagnesemia, Disminución anormal de la cantidad de magnesio en la sangre.

Hipotermia. Disminución o descenso de la temperatura por debajo de los límites normales.

I.

Ictericia. Coloración amarilla de la piel debido a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.

Inestabilidad emotiva. Predisposición a una emotividad excesiva, versátil y por lo tanto inadecuada,

Impulsividad. Tendencia a actuar sin deliberación o a reaccionar inmediatamente aunque sin reflexión, ante una situación.

K.

Kernicterus. Pigmentación biliar de la sustancia de los núcleos grises del cerebro y médula con degeneración de las células nerviosas.

Kinestesia. (del gr. Kinesis, movimiento y Aisthesis, sensación) Sensación de movimiento que experimenta el individuo al mover sus músculos.

L.

Labilidad emocional. Facilidad en el cambio de estado efectivo.

M.

Mialgias Dolor muscular.

Mutismo. Inhibición voluntaria del lenguaje, psicosis.

N.

Neoplasia Cerebral. Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

Nistagmus ocular, Movimientos involuntarios de los ojos, compuesto de fases rápidas y lentas alternadas en direcciones opuestas, o de movimientos oscilatorios rápidos,

O.

Onicofagia. Hábito de comerse las uñas.

P.

Paroxísticos. Máxima intensidad de un acceso o ataque de los síntomas de una enfermedad.

Perseverancia, Reproducción constante de un mismo movimiento,

Praxias. Capacidad para realizar movimientos dirigidos a un fin.

Psicofármacos. Medicamentos que actúan sobre los procesos psíquicos.

Psicomotor. Referente a los fenómenos motores de procesos psíquicos o cerebrales. (Término genérico que abarca fenómenos sensoriomotores e ideomotores),

Psicosis, Perturbación mental grave caracterizada por desintegración de la personalidad y pérdida de contacto con la realidad,

Psicosomático. Referente a síntomas corporales que proceden de estados psíquicos.