

1-A
2 Egm.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"ARAGON"

CARRERA LICENCIATURA EN PEDAGOGIA

"ALTERNATIVA DEL PEDAGOGO FRENTE A LA
HIPERACTIVIDAD EN EL PROCESO
ENSEÑANZA-APRENDIZAJE A NIVEL PRIMARIA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A N:
LIDIA ALEJANDRA ARIAS DOMINGUEZ
ROSA MARIA LABRADA RAMIREZ



ENEP
ARAGON

SAN JUAN DE ARAGON, EDO. DE MEX.,

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

**'ALTERNATIVA DEL PEDAGOGO FRENTE A LA HIPERACTIVIDAD EN EL
PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE A NIVEL PRIMARIA'.**

	Página
INTRODUCCION	1
Capítulo 1.	
HIPERACTIVIDAD, CONCEPTUALIZACION Y ETIOLOGIA.	5
1.1. Concepto de hiperactividad.	7
1.2. Sintomatología.	16
1.3. Etiología.	17
Capítulo 2.	
DETECCION DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL SALON DE CLASES.	24
2.1. Diagnóstico de la hiperactividad.	25
2.2. Características del alumno hiperactivo en el salón de clases.	29
2.3. Tratamiento de la hiperactividad.	31
Capítulo 3.	
ALTERNATIVA PROPUESTA.	50
Método.	51
Análisis de resultados.	65
Gráficas.	79
CONCLUSIONES	84
BIBLIOGRAFIA GENERAL	102
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA	106
ANEXOS	109

INTRODUCCION

El quehacer del pedagogo no consiste en la elaboración de programas detrás de un escritorio e implementar novedosas formas de trabajo con el fin de mejorar la educación. Su labor va más allá de ésto, pues antes de elaborar un programa, investiga problemáticas que entorpecen el proceso enseñanza-aprendizaje de manera que pueda observar de cerca.

Una preocupación que en los últimos años ha estado en voga, por su alto índice en las escuelas, según apreciaciones de los profesores, e investigaciones de personas involucradas en el ámbito educativo es sin duda la hiperactividad en el salón de clases. Problema que no sólo afecta al individuo sino al grupo y familia a la que pertenece.

Cuando hay un alumno hiperactivo en el salón de clases se le etiqueta como "el malo", "el travieso", "el inquieto", es el que posee la antipatía del grupo y de la maestra; que después de intentar mil formas de corregirlo no logra ayudarlo. Esto a su vez incrementa el problema, pues el niño se ve rechazado. Los métodos que comunmente utiliza para corregirlo son los castigos o las bajas calificaciones en disciplina que le ocasionarán a su vez problemas con sus padres y éstos nuevamente los castigarán o llegarán incluso a golpearlo.

El alumno hiperactivo tiene movimientos excesivos, es el clásico alumno que no permanece en su lugar, que salta de un

sitio a otro y no pone atención a las instrucciones de la maestra. Estas características le ocasionarán problemas de aprendizaje, debido a su falta de atención el niño carecerá de retención, memoria y asimilación de los conocimientos.

Nosotras como pedagogas observamos el problema de cerca, pues durante tres años laboramos como profesoras de primaria en los grados primero, segundo y en preescolar. Por ello vimos la problemática con sus características y su falta de solución. Eran escuelas particulares que carecían del personal especializado para atender este tipo de problemas. Los compañeros profesores se quejaban constantemente de la conducta de uno o varios de sus alumnos, que originan a su vez problemas grupales debido a ignorar el motivo de su comportamiento y utilizaban métodos correctivos como el castigar en forma verbal (regaños), no dejar salir al recreo, bajar calificación en disciplina, poner más tarea, o se apoyaban en sus padres para que ellos los reprendieran. En algunas ocasiones intervenía la directora, que hablaba con los padres para que corrigieran a su hijo. Aún así nada de esto daba resultado; el niño seguía moviéndose de un lugar a otro y no ponía atención a la maestra.

Esta situación llamó nuestra atención a investigar que sucedía con estos niños, a que se debía su conducta y cómo podíamos ayudarlos.

Por ello la presente tesis es una investigación teórica y práctica, que servirá de apoyo a los profesores de primaria para

disminuir movimientos excesivos e incrementar atención, conductas problemáticas del alumno hiperactivo, que entorpecen el proceso enseñanza-aprendizaje.

Con ello buscamos dar una solución real a la conducta hiperactiva de los alumnos dentro de su ambiente natural basándose en el cambio de conducta, utilizando la teoría de la modificación conductual. Diversos estudios han comprobado la efectividad de las técnicas conductuales para el tratamiento de la hiperactividad, a corto plazo, sin la necesidad del empleo de fármacos cuando estamos ante casos de hiperactividad pura, ya que al estar ante la hiperactividad como síntoma de la hiperquinesia necesitamos de la intervención del neurólogo.

En este sentido buscamos proporcionar para ambos casos de hiperactividad una orientación a los padres, encaminada a modificar las conductas hiperactivas de sus hijos.

Además pretendemos demostrar que todo aquello que obstaculiza el proceso enseñanza-aprendizaje, tiene que ver con una de las funciones que debe desarrollar en toda institución educativa el pedagogo.

La tesis está estructurada de la siguiente forma: en el capítulo uno tratamos el concepto, sintomatología y etiología de la hiperactividad, para conocer qué es, a qué se debe y cómo se origina.

En el capítulo dos abordamos como detectar la hiperactividad en el salón de clases y los diferentes tratamientos

que existen. Este capítulo es importante pues se confunde la hiperactividad con otras características que no corresponden.

En el capítulo tres se presenta la propuesta de intervención la cual se aplicó en el estudio de caso, realizado en una escuela primaria particular, para comprobar la eficacia de la alternativa propuesta.

CAPITULO 1

HIPERACTIVIDAD CONCEPTUALIZACION, SINTOMATOLOGIA Y ETIOLOGIA

CAPITULO 1.

HIPERACTIVIDAD CONCEPTUALIZACION, SINTOMATOLOGIA Y ETIOLOGIA.

Un problema de gran incidencia en las escuelas, según investigaciones, que entre muchas tenemos a Uriarte (1989) trabajó en Instituciones como : Centros Pedagógicos (SEP), Instituto Nacional de Salud Mental (DIF) y Centro Neuropsicopedagógico, A. C. ; y recopiló 400 casos con niños, que fueron enviados a estas instituciones provenientes de escuelas oficiales y particulares.

Este problema se presenta principalmente en la educación preescolar y primaria, donde se sientan las bases de la socialización y los maestros carecen de información necesaria para dar solución y afrontarlo.

Aunado a esto, el concepto de hiperactividad es confundido con el de hiperquinesia. Puesto que la hiperactividad puede darse como un síntoma del síndrome (hiperquinesia) o presentarse como hiperactividad pura resultado de una inadecuada interacción entre los padres e hijos. Con lo que el individuo aprende conductas negativas.

Para que esto quede más claro se presentan a continuación el concepto, la sintomatología y la etiología de la hiperactividad.

1.1 CONCEPTO DE HIPERACTIVIDAD

Como todos los conceptos, éste ha cambiado también con el tiempo. Actualmente con el desarrollo de las ciencias cada una plantea su concepto y sus acciones a seguir. Los procedimientos terapéuticos más usados en la actualidad son el médico, el psicológico y el pedagógico; y sin duda de la adecuada combinación de ellos se obtendrán los mejores resultados.

A continuación revisaremos algunos conceptos de acuerdo a la cronología en que se desarrollan.

Still, médico inglés, en 1902 describió la sintomatología de niños que padecían daño cerebral evidente. Ebaugh, después de veintidós años, llama la atención *"...sobre las escuelas neuropsiquiátricas de ciertos padecimientos..."* (1) Pero es hasta 1934 en que los doctores Kahn y Cohen descubren *"...un síndrome al que llaman "orgánico cerebral", caracterizado por alto grado de hiperactividad..."* (2) Es hasta 1947 que Strauss *"...hace una descripción clínica completa de este cuadro en el que se ve afectada principalmente el área de conducta..."* (3)

En 1968, Werry pensaba que la hiperquinesia sólo era un problema de conducta.

En 1969, Emble relata como un profesor divulgó algunos castigos para aplicar a niños inquietos en la escuela.

Wender en 1971 y Velasco en 1978 aseguraban que el niño hiperquinético debería recibir tratamiento médico como

principal recurso de este trastorno, ya que sin él las dificultades pedagógicas y conductuales ocasionarían reprobación de materias, ser expulsado, o algunas otras dificultades de adulto.

Gross y Wilson, en 1974, optaban por la intervención terapéutica aplicando una psicoterapia dirigida hacia la madre y/o la pareja, así como una terapia de juego para el niño.

Para Quiroz el síntoma principal de la disfunción cerebral mínima es la hiperactividad.

Podría decirse que la hiperactividad es el síntoma principal en las discapacidades primarias del aprendizaje.

Para él *"hiperactividad, hipoactividad e inquietud"* pueden incluirse dentro del concepto hiperquinesia (del griego hiper, más y Kinesis, movimiento). Es decir, que la hiperquinesia se exterioriza por dos síntomas diferentes: hiperactividad e inquietud. La hiperactividad depende de gran cantidad de desinhibición motriz, provocada a su vez por estímulos externos. Se relaciona principalmente con la disfunción cerebral mínima.

"La inquietud depende de gran cantidad de desinhibición postural provocada a su vez por mala información corporal (o por estímulos internos). Se relaciona principalmente con la disociación perceptiva vestibular". (4)

"En general, la hiperactividad se asocia (como síntoma) con lesión encefálica (daño encefálico) y disfunción cerebral."

Entre estos tres síntomas, la hiperactividad es la que se encuentra más comúnmente en los discapacitados para el aprendizaje". (5)

"La hipoactividad correspondiente muchas veces a inhibición de la corteza cerebral. Entre los tres síntomas éste es el que se encuentra menos en los discapacitados para el aprendizaje. La inquietud corresponde a trastornos vestibulares o propioceptivos". (postulares) (6)

Para Fingerman, una clase de niños que constituye un problema para los padres y educadores son los llamados niños con conducta problema, se caracteriza por su inadaptación al ambiente social y escolar. Es común en los niños "normales", pero en los niños con conducta problema se presenta en forma exagerada.

Desde el punto de vista psicológico, los niños con conductas problema se distinguen por la inestabilidad de sus sentimientos. Su atención es difusa y no puede contarse con ella para trabajos de concentración. Son caracteres volubles, impulsivos y fácilmente irritables. Caprichosos en extremo, cuando se les ocurre una idea tienen que realizarla sin fijarse en las consecuencias, y se enojan cuando se les impide.

Estos alumnos trabajan en forma muy irregular. A períodos de baja laboriosidad, siguen otros de pereza profunda. No hacen deberes o los hacen mal. Es posible que esta pereza periódica

corresponde a una necesidad natural de reponer energías agotadas con suma facilidad.

Para Velasco *"...La disfunción cerebral, con o sin lesión demostrable, es el antecedente de las manifestaciones del síndrome hiperquinético. Pero estas no son, invariablemente, el resultado obligado de la disfunción. La escuela conductual es muy diversa, y puede ir desde una aparente ausencia de disturbios en el comportamiento hasta la más seria desorganización en el funcionamiento social, perceptual y cognositivo. Por tanto, no existen relaciones causa-efecto simples y directas..."* (7)

Para Domecna *"El término reacción hiperquinética se usa para describir el componente del síndrome relativo a la conducta, es decir, a la hiperactividad, la distractibilidad y la escasa capacidad de atención. En cambio al hablar de "disfunción cerebral mínima" se señala una deficiencia de funcionamiento entre los procesos de pensamiento, el aprendizaje y la ejecución. El término lesión cerebral mínima implica un claro conocimiento de que existe, en verdad algún daño en el tejido cerebral, lo cual por ahora, es meramente especulativo... por lo tanto, la denominación que se refiere a la conducta, o sea "reacción hiperquinética", es preferible mientras no se cuente con mayores datos".* (8)

Para Elena Granell *"La gran variedad de problemas de conducta que suelen acompañar a la hiperactividad, para*

caracterizarla, se ha recurrido al término colectivo síndrome... para referirse a un conjunto de síntomas, cuyas características más resaltantes son: actividad motora excesiva, impulsividad, poca capacidad de atención y concentración y bajo rendimiento escolar". (9)

En 1980 apareció el concepto estadounidense de la DSM III que proporcionó un avance considerable de la patología de la hiperquinesia.

El concepto que se dió fue el siguiente: Es un síndrome multifactorial y de diversos grados. Se caracteriza porque el niño afectado manifiesta necesariamente alteraciones de la conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones. Se le conoce también como déficit de atención o hiperquinesia infantil que es diagnósticable.

Es debido principalmente a factores orgánicos sin que los factores ambientales y sociales dejen de ejercer una influencia al interactuar con aquellos.

William M. Cruiskshank maneja el concepto de hiperactividad desde dos vertientes, por un lado la clasifica como sensorial que hace que el niño responda a estímulos poco importantes o impertinentes, ésta se puede deber a una lesión en la corteza cerebral o a un tipo de conducta aprendida que no le permitirá relacionarse cordialmente.

Los niños que presentan este tipo de hiperactividad no pueden frenarse a estímulos, tengan o no que ver con la actividad en proceso. Pueden atacar cualquier sentido y son tanto externos como internos al niño.

La otra clasificación es la hiperactividad motora, a la que suele darse el nombre de desinhibición motora, es la incapacidad del niño para refrenar su reacción ante estímulos que producen o incitan una respuesta motora.

Ahora bien, la hiperactividad motora es un impedimento para aprender habilidades motoras finas. *"Un niño incapaz de controlar su actividad motora pasará malos momentos cumpliendo actividades sedentarias como escribir, atarse las agujetas, cortar la comida o comer".* (10)

Existen diferentes grados de hiperactividad dados por las diferencias individuales. En este sentido la hiperactividad es uno de los mayores problemas para obtener una adaptación en el hogar o en la escuela.

Para Emilio Ribes, la hiperactividad es una conducta de tasa muy elevada mantenida por un largo tiempo, que produce consecuencias aversivas para otros; saltar o tener movimientos excesivos. Conducta que interviene en la socialización del niño. Por lo general se intenta resolver con base en la administración de drogas. Pero éstas no representan una solución satisfactoria, por su efecto transitorio.

Se ve reforzada por dos tipos de consecuencias:

- a) por la naturaleza intrínseca a la propia actividad y
- b) por el tipo intrínseco, recibiendo gran cantidad de reforzamiento social. (Se le presta atención, se le habla, se le intenta controlar).

Para el primer aspecto, la hiperactividad tiene consecuencias intrínsecas, de ello que lo más conveniente es reforzar conductas incompatibles, es decir: "estar sentado o sin moverse durante períodos cada vez mayores", en vez de la utilización del castigo, que podría reducir conductas que deben ser reforzadas.

En el segundo caso, como el reforzamiento es social y es administrado a través de la conducta de otras personas, debe aplicarse un procedimiento que suspenda dicho reforzamiento y que además afecte los estímulos discriminativos que hacen altamente probable la hiperactividad.

Galindo y colaboradores (1980) definen a la hiperactividad como: Conducta clínica que consiste en movimientos excesivos, incapacidad para concentrar la atención en una tarea específica y una baja ejecución académica.

Consideran que esta conducta se da sin un control de estímulos aparente e impide, a consecuencia de ésta, que el sujeto realice otro tipo de conductas adaptativas.

Para Víctor Uriarte, la hiperactividad es un síntoma de la hiperquinesia. Esta última la considera como una exageración o

deficiencia de las conductas normales que manifiestan todos los niños.

Otra característica es la llamada inmadurez, referente a aquellas conductas normales durante una etapa de la vida, las cuales no son superadas todavía por el niño, provocando desajustes.

Como puede observarse, el concepto de hiperactividad es manejado desde hace mucho tiempo y ha variado de acuerdo a la época y corriente a la que pertenece. Cada profesional la ha manejado y nombrado de acuerdo a su profesión y ha dado también su tratamiento.

Para formar un concepto único de todo lo mencionado debemos tomar en cuenta primeramente, que es un problema que presentan los niños en edad preescolar y primaria: etapa en que el niño comienza su socialización y requiere de ciertas habilidades para el aprendizaje.

Es importante señalar también que afecta el proceso enseñanza-aprendizaje, debido al problema de conducta que presenta el niño, pues debemos de considerar que aún todos los conceptos revisados coinciden en que es un problema de conducta que afecta dicho proceso.

La conceptualización adoptada para esta investigación es la siguiente:

Es un síntoma de la hiperquinesia, que también puede presentarse como síntoma aislado (hiperactividad pura) que

consiste en la presencia de alguna o algunas de las siguientes características: movimientos excesivos, inatención e impulsividad que ocasionan problemas académicos, algunos autores manejan la inatención e impulsividad como síntomas de la hiperquinesia, nosotros las incluimos dentro de la hiperactividad ya que las consideramos consecuencias de los movimientos excesivos.

La hiperactividad se manifiesta de dos formas la hiperactividad motora que es la incapacidad del niño para refrenar su reacción ante estímulos que producen o incitan una respuesta motora. A este tipo suele darsele el nombre de desinhibición motora; esto es cuando el niño presenta movimientos excesivos, no puede mantenerse fijo en un lugar ni quieto.

La hiperactividad sensorial que hace que el niño responda a estímulos poco importantes o fuera de la actividad que está realizando. Puede afectar cualquiera de los sentidos, además los estímulos pueden ser externos o internos al niño. Ejemplo de esto es la inatención.

1.2 SINTOMATOLOGIA

Los niños hiperactivos presentan las siguientes características:

a) Movimientos excesivos (desinibición motriz). El niño se mueve constantemente e incansablemente, no puede permanecer sentado, ni en un sitio fijo. Este movimiento es comparado con el de los demás niños y no hay diferencia en lo que se refiere a cantidad del movimiento, sino en su calidad. El hiperactivo se mueve sin propósito aparentemente útil, "sólo por moverse".

b) Inatención este es el trastorno más sobresaliente y también el más duradero, ya que puede permanecer toda la vida.

Se caracteriza por una grave incapacidad para concentrarse en tareas de tipo intelectual. El niño se muestra poco hábil por concentrar su atención en un sólo objeto; cualquier objeto del ambiente lo distrae, por ello la memoria se ve comprometida debido a que el niño "no pone atención" y "todo se le olvida".

Este problema para concentrarse conduce lógicamente a un problema de aprendizaje.

c) Impulsividad, consiste en que el niño hiperactivo piensa poco antes de actuar. Un rasgo de ello es la agresividad ya que el niño no puede reprimir sus deseos y cualquier interacción que le provoque conflicto desencadenará una reacción agresiva (Uriarte, 1989).

1.3 ETIOLOGIA

Los factores que se describirán a continuación, pueden estimarse etiológicos, aunque hay que tomar en cuenta que hasta el momento los autores, anteriormente mencionados no se han puesto de acuerdo en la causa a la que se le atribuye el origen de la hiperactividad ya que se confunden los conceptos de hiperactividad e hiperquinesia o se toman como sinónimo.

La conducta hiperactiva se explica desde tres puntos de vista, entre los cuales se encuentran: el enfoque médico, psicoanalítico y el punto de vista del análisis conductual, los cuales se explican a continuación:

a) Médico, el cual maneja que la conducta hiperactiva se debe a una lesión neurológica y para su tratamiento se manejan los fármacos.

Esta lesión neurológica es atribuida a:

I) Lesión cerebral.

Cualquier lesión ya sea circunscrita o en el cerebro entero, no hay duda de que puede producir alteración conductual. Así mismo, las lesiones específicas o generalizadas, provocadas por encefalitis o traumatismos, pueden producir hiperactividad.

De esto se deduce que la hiperactividad podría ser una reacción inespecífica cuando el cerebro es lesionado por cualquier agente nocivo.

Se sabe que los niños que la padecen presentan con mayor frecuencia que la población global, antecedentes de dificultades durante la gestación y prematuridad, así como problemas perinatales y otras complicaciones médicas durante los primeros años de vida, lo cual sugiere que su cerebro pudo dañarse.

1.1) Lesión cerebral prenatal.

Es la gestación un período de alto riesgo para sufrir alguna alteración del sistema nervioso central, ya que, durante ella las estructuras crecen rápidamente. En este período todas las variables fisiológicas de la madre repercutirán directamente en el organismo del producto, sobre todo en su cerebro.

Para comprender los diferentes factores que pueden afectar de forma mínima la estructura cerebral y con ello las funciones psíquicas, se ha hecho la siguiente división:

- Administración de medicamentos durante el embarazo.

El estado gravídico no es fácil de determinar, sobre todo durante las primeras semanas, y aun así se prescriben sustancias sin tener en cuenta el estado del paciente. Esto aunado a la automedicación es una conducta bastante difundida en México, donde se pueden conseguir los antibióticos sin receta médica. Y esta administración de fármacos posiblemente teratogénicos (como antibióticos, anticonvulsivos, etc.) durante la gestación aumenta un poco el riesgo de la hiperactividad.

- Otras complicaciones durante el embarazo.

Dentro de los factores de alto riesgo para el producto tenemos los problemas emocionales graves, preclampsia, padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubeola y toxoplasmosis, anoxia del producto "in utero", producida generalmente por aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios; hemorragia cerebral en el producto producida por toxemia del embarazo o de otro origen, por trauma directo, diatesis hemorrágica, exposición excesiva a los rayos X, disturbios metabólicos, especialmente la diabetes mellitus y factor RH.

Otro factor de alto riesgo es la edad de la madre en el momento del embarazo. Cuando la mujer tiene menos de 16 años, su conformación física no ha llegado a desarrollarse lo suficiente y pueden enfrentar diversas dificultades en el embarazo. Por otro lado, después de los 35 años de edad una mujer puede tener un parto con ciertas alteraciones pues tanto sus óvulos como las estructuras implicadas en la gestación no tienen las condiciones propicias para la gestación y un parto sano.

- Parto.

Al nacer el niño debe manifestar llanto y respiración inmediata ya que la oxigenación cerebral es fundamental en el recién nacido, porque de lo contrario habría muerte de neuronas.

Esta complicación es la causa más común de daño cerebral en el recién nacido. Otras posibles etiologías que pueden provocar esta patología son: aplicación deficiente de fórceps, maniobras de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea o inducción.

- Anestesia mal utilizada durante el parto.

Eliminar los reflejos dolorosos propios del proceso del parto pueden acarrear alguna alteración, aún cuando no fuera una alteración cerebral en el recién nacido.

- Número de embarazos.

El hijo primogénito por parto natural, puede tener mayor sufrimiento fetal, ya que, el canal vaginal de la mujer primeriza es muy rígido, siendo éste una posible etiología, ya que puede provocar lesión cerebral por los huesos aún blandos que recubren el cerebro.

- Complicaciones al nacer.

Cuando al nacer el producto necesita la incubadora, hay un alto riesgo de que se desarrolle la hiperactividad.

- Infecciones al sistema nervioso central.

En México la falta de higiene en alimentos provoca afecciones cerebrales, disfunciones cerebrales (hiperactividad), así como cistisercosis y amibiasis cerebral.

1.2) Lesión cerebral postnatal.

A consecuencia de accidentes el niño puede tener lesión cerebral que puede ocasionarle la muerte, o de lo contrario alteraciones neuropsiquiátricas residuales.

Estas son etiologías de la hiperquinesia la cual presenta varios síntomas, entre los que se encuentra la hiperactividad.

Aunque la hiperactividad puede presentarse como un síntoma aislado y esta puede deberse al segundo y tercer punto de vista.

b) Psicoanalítico, que considera a la hiperactividad como resultado del desequilibrio de las relaciones familiares.

Las primeras relaciones afectivas físicas del niño son con la madre y son determinantes para su personalidad. En este sentido, la socialización primaria es importante para que el niño gradualmente aprenda a ser dueño de sí mismo dentro del contexto del amor de los padres. Ahora bien, el niño puede aceptar las reglas de sus padres a fin de no perder su amor y aprobación, ajustándose con ello a un comportamiento aceptable para sus padres o maestros; si el amor de éstos no es suficiente o hay rechazo para con el niño, puede causar agresión, enojo, rechazo de sí mismo, poca estima propia, desajustes y comportamiento explosivo, siendo esta forma negativa para lograr la atención de sus padres o maestros, aunque sea castigado o le peguen, sabrá que le están dedicando toda su atención, aunque físicamente le resulte doloroso.

En tales condiciones, los contactos sociales de la infancia van a determinar el carácter del adulto.

Por lo tanto que el hijo sea deseado por ambos padres, es indispensable, porque de lo contrario la aceptación para con el niño no se dará, repercutiendo ello el desarrollo afectivo y conductual.

A partir de esta concepción se han derivado formas de terapia con el fin de integrar al individuo a la situación familiar.

c) Análisis conductual, donde el objeto de estudio es la conducta en sí, tanto en el lugar donde se desarrolle, su duración, intensidad o frecuencia. La aparición de este tipo de conducta se explica de acuerdo con la historia previa de interacción con el medio ambiente, la ausencia de reforzamientos o conductas adaptativas.

Esto es, que para todo individuo es importante el desarrollo de la socialización, ya que permite integrarse satisfactoriamente a su contexto social. Pero hay problemas de socialización que pueden interferir el desarrollo de conductas adaptativas, para lo cual se hace necesario la intervención terapéutica. Estas son las llamadas conductas perturbadoras, que son comportamientos inadecuados que interfieren en el proceso de socialización, y que no favorecen las interacciones del sujeto con su medio ambiente impidiéndole un desarrollo adecuado. Dentro de estas conductas perturbadoras tenemos a la hiperactividad.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

CAPITULO 1

- (1) Velasco, Rafael, *"El niño hiperquinético"*.
Pág. 23.
- (2) Idem. Pág. 24.
- (3) Idem. Pág. 24.
- (4) Ibidem. Pág. 25.
- (5) Ibidem. Pág. 25.
- (6) Ibidem. Pág. 26.
- (7) Ibidem. Pág. 27.

- (8) Renshaw, Dorena, *"El niño hiperactivo"*.
Pág. 62 y 63.

- (9) Granell, Elena, *"Aplicación de técnicas de modificación de conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural"*. Pág. 13.

- (10) Cruiskahank, William, *"El niño con daño cerebral"*.
Pág. 58.

CAPITULO 2

DETECCION DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL SALON DE CLASES

CAPITULO 2.

DETECCION DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL SALON DE CLASES.

Una vez analizado el concepto, la sintomatología y la etiología de la hiperactividad, abordaremos el tema de diagnóstico y tratamiento de la misma.

2.1 DIAGNOSTICO DE LA HIPERACTIVIDAD.

Para iniciar el presente capítulo, tomaremos en cuenta el concepto de diagnóstico.

Tal y como se usa en la medicina, el diagnóstico implica la determinación de la naturaleza y las circunstancias de las enfermedades. Específicamente el diagnóstico permite distinguir una enfermedad de otra, y se basa en un concepto de enfermedad como proceso que se caracteriza por:

- 1) Una etiología específica común.
- 2) Un conjunto común de síntomas y señales observables.
- 3) Una trayectoria conocida.
- 4) Un resultado conocido, que mediante intervenciones específicas se puede modificar. (1)

De la misma manera, psicólogos y psiquiatras han aplicado el concepto de diagnóstico en trastornos conductuales, ya que, al igual que la medicina, se ocupan de fenómenos denominados "enfermedades".

El diagnóstico desde el enfoque médico pretende eliminar la conducta hiperactiva, pero ello no es real puesto que sólo la controla, no la elimina.

En cuanto al diagnóstico conductual, pretende evaluar el grado de complejidad y la naturaleza de las conductas así como los estímulos a que responde.

Es decir cuantifica la conducta, y a diferencia del diagnóstico médico, la modifica en el tratamiento.

Su fundamento teórico se basa en las obras de B.F. Skinner, I.P. Pavlov, Y J.R. Kantor. Que manejan la modificación de la conducta como una parte aplicada de la psicología experimental; sus métodos se han derivado principalmente de la conducta animal y humana en el laboratorio; en las que se ha utilizado las técnicas de condicionamiento operante y pavloviano.

Así, la modificación de conducta es un conjunto de técnicas aplicadas para la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, psicología clínica, la educación especial y la rehabilitación.

La modificación de conducta es un procedimiento de enseñanza, ya que hay sucesos que ocurren después de las conductas (consecuencias) que fortalecen o debilitan a la conducta; sus técnicas tienen como objetivo, la reestructuración sistemática de las condiciones ambientales, para cambiar la conducta del sujeto.

En ocasiones la conducta a eliminar o disminuir es evidente y no es necesario realizar un diagnóstico general de todos los aspectos de la conducta. En este caso lo que conviene es determinar y evaluar específicamente dicha conducta, para detectar los puntos más conflictivos, bajo que estímulos o condiciones se presenta, así como mediante que procedimientos se especificarán las condiciones del ambiente.

Una vez obtenidos los datos del diagnóstico, se puede establecer objetivos realistas y estrategias de rehabilitación que nos llevan a saber que hacer antes, durante y después de la aplicación del programa de modificación de conducta.

Dentro del análisis conductual, para Galindo y colaboradores el diagnóstico debe ser funcional y consiste en determinar las características conductuales del individuo, permite averiguar en qué grado está el sujeto en desventaja para vivir en el medio físico, cultural y social en que se encuentra. Es el medio social, no el diagnóstico, el que determina si una persona es retrasada o no, ya que establece normas de comportamiento para cada edad. Señala la línea que debe seguir la rehabilitación; ésta ha de concentrarse en la enseñanza de lo que el sujeto debió haber aprendido según su edad.

El diagnóstico de la hiperactividad busca cuantificarla para posteriormente a través de un programa de modificación de conducta disminuirla en el caso de movimientos excesivos e incrementar la atención.

Abordado el concepto de diagnóstico, hablaremos del proceso que se lleva en las escuelas primarias en la detección de la hiperactividad.

Se hace necesario establecer que los profesores de primaria son los primeros que detectan el problema, ya que los síntomas más notorios de la hiperactividad, se manifiestan en el salón de clases, porque se requiere de mayor concentración, así como es el inicio de la socialización del niño y se necesita mayor atención en la elaboración de las tareas. Cuando el maestro nota alguna anomalía en el niño, pide ayuda recurriendo al psicólogo escolar (si lo hay) o pidiendo a los padres que recurran al personal especializado, todo ello por considerar que el problema es demasiado complejo para ser analizado por él, ya que carece de la información para afrontar el problema.

Por estas carencias del profesor de primaria, existen circunstancias factibles de confundirse con el síndrome de la hiperquinesia y que a su vez desencadenan los síntomas típicos de la hiperactividad. Estos son:

1.- Niños con coeficiente intelectual insuficiente, que desarrollan tal cuadro, cuando las exigencias escolares van más allá de su capacidad. Esto origina que no puedan competir académicamente con los demás, con facilidad se distraen y se levantan de su lugar.

2.- Niños con coeficiente intelectual alto o conocimientos suficientes para el nivel en que se encuentra, por su capacidad,

terminará el trabajo más pronto que los demás, se aburre, se inquieta, alterando la dinámica del grupo.

3.- Niños con coeficiente intelectual normal, pero con dificultades familiares importantes, ésto puede facilitar en el niño la agresividad, distractibilidad o la apatía.

4.- Niños con buena capacidad intelectual y sin mayor problemática familiar, pero que por diversos motivos no se acoplan al maestro, por lo que no aprenden, son inquietos y alteran la clase.

5.- Cualquier factor que desencadene ansiedad. Como tener un compañero agresivo, una estructura escolar demasiado exigente, circunstancias familiares o extrafamiliares.

Como puede observarse, hay casos exclusivamente que son crisis situacionales, por ello es necesario conocer los factores que los determinan y no manejar juicios anticipados.

2.2 CARACTERISTICAS DEL ALUMNO HIPERACTIVO EN EL SALON DE CLASES.

Para aclarar la confusión que suele darse al determinar la hiperactividad, abordaremos las actitudes específicas del niño hiperactivo en el salón de clases:

a) Es el niño que se mueve constantemente, y no puede permanecer quieto, ni en un lugar fijo sin tener su movimiento

utilidad. Este es el típico niño que se sale del salón, se sube a las bancas, en educación física no sigue las instrucciones, no permanece en la fila, las tareas escolares, tanto en la escuela como en la casa, no las termina, Esto indudablemente provocará un problema en el aprendizaje.

b) No logra mantener su atención en la información dada por el maestro. Cuando el maestro le da instrucciones para realizar un ejercicio, éste no lo lleva a cabo debido a que no escuchó las instrucciones ocasionando la distracción de sus compañeros de clase, pasando de un problema individual a uno grupal. El principal problema es que al no poner atención se ve involucrada la memoria ocasionando ésto un problema de aprendizaje ya que "todo se olvida".

c) Es el niño agresivo que no puede reprimir sus deseos de impulsividad, manifestando un comportamiento inadecuado interfiriendo en las actividades de grupo. Ya que son los niños que golpean a sus compañeros, se irritan con facilidad, o lanzan objetos y cuando algo les sale mal lo destruyen al momento.

Estas características ocasionan problemas de aprendizaje que como vimos tienen repercusiones en el grupo, ya que, el niño es un integrante del mismo e interfiere en las tareas o actividades grupales.

Para el maestro es molesto y le implica más trabajo el repetir instrucciones en especial al niño hiperactivo, provocando con ello la distracción del resto del grupo; no se sabe como

manejar la situación, en este sentido mencionamos que el problema pasa de individual a grupal.

Por no saber conducir el problema el profesor tiende a castigar al niño, reforzando con ello su conducta negativa, además de los conflictos que le ocasionan con sus padres por los problemas académicos y conductuales que presenta el niño.

Antes de tomar la anterior actitud, el profesor debe percatarse de la situación y buscar su solución, con la ayuda del pedagogo, padres de familia y autoridades de la institución educativa.

2.3 TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD.

La hiperactividad representa un problema común en las edades preescolares y escolares con un alto índice, por ello es importante su detección temprana, que representa un problema conductual, escolar, pedagógico y familiar.

Los tratamientos utilizados para eliminarla van desde los métodos correctivos, en donde se utilizaban los castigos para controlar la conducta problema, hasta la multidisciplinariedad.

Los primeros por interesarse en la hiperactividad fueron los médicos, de ahí, que se llame lesión cerebral mínima y se le considere o catalogue como una enfermedad. Así los médicos por su formación profesional utilizaron los fármacos, pero no daba el resultado deseado, ya que, tranquilizaban al niño, pero

provocaban efectos secundarios y al suspender el medicamento la hiperactividad aparecía nuevamente.

Otros que también se interesaron en la problemática fueron los psicoanalistas, los cuales decían que era un problema de la personalidad, desencadenado por el desequilibrio en la relación madre-hijo, padre-hijo; en este sentido, el tratamiento era enfocado únicamente a una terapia familiar, dejando de lado lo pedagógico.

Otros de los interesados en el tratamiento de la hiperactividad son los profesores, que buscando solucionarlo, manejan la adaptación de métodos de aprendizaje para ayudar a los niños que presentan la hiperactividad.

Aunado a esto, está la problemática de confundir hiperactividad (síntoma) con hiperquinesia (síndrome).

Lo importante no es tampoco cuestión de llamar sano o enfermo al niño hiperactivo, sino saber como se le auxiliará.

Por ello no basta el modelo médico, ni el psicológico, debe preponderar el pedagógico y el enfoque social que contribuyen a tener una visión integral a la solución de la problemática.

Para un médico, ya sea neurólogo, pediatra o psiquiatra, resulta muy sencillo asignar el concepto de enfermedad al niño hiperactivo, ya que esta más de acuerdo con su formación profesional, porque se puede observar que existe una herencia, en algunos casos antecedentes de lesión cerebral, alteraciones electroencefalográficas o inmadurez motora, entre otras

patologías. Por tanto, es fácil considerar la alteración entre las causas de origen biológico; a pesar de ello, el modelo médico no basta para entender de forma completa y adecuada el problema del individuo hiperactivo, de manera que es necesario incluir el modelo pedagógico y la dimensión social.

Dicho de otra manera, el modelo presupone una alteración biológica significativa, la cual se manifiesta por la conducta característica de la persona hiperactiva. Por otro lado el enfoque pedagógico destaca que el proceso enseñanza-aprendizaje se ha visto afectado en su desarrollo.

Se hace necesario manifestar cómo el modelo médico no puede considerarse como eficaz por sí solo y tomar en cuenta las secuelas que deja en su tratamiento.

"Los estimulantes pueden producir efectos secundarios indeseados, si ellos no son efectivos y sólo constituyen un medio pasajero y artificial de controlar la hiperactividad, entonces es obvio que se necesitan procedimientos terapéuticos alternativos más eficaces o por lo menos más naturales y menos arriesgados".
(2).

Algunos de los trastornos que provocan los estimulantes en los niños hiperactivos son: pérdida de apetito, detenimiento del crecimiento físico, aumento del ritmo cardíaco, elevación de la presión sanguínea y alteraciones en el pulso.

Según Domenna (1974) los efectos de algunos fármacos son:

- Drogas estimulantes, como la dextroanfetamina (Dexedrina) y el metilfenidato (Ritalin) producen un efecto sedante en niños de ambos sexos antes de la pubertad. Sus efectos positivos son: actividad controlada, actividad más dirigida a una meta, menor impulso destructivo, menor distractibilidad, mejor coordinación, mayor colaboración, mejor humor.

Posibles efectos negativos: disminución del apetito, llora más fácilmente, agitación acentuada durante el primer día, sacudidas de miedo, entre otras, destacando que no es frecuente la aparición de estos efectos. No hay dosis estándar, así como no hay hiperactividad estándar, la dosis correcta será la que de resultados óptimos con efectos secundarios mínimos. Los estimulantes se metabolizan con rapidez por ello la dosis debe arreglarse en forma que cubra actividades escolares, de desarrollo y aprendizaje colaborativo en el juego y deporte.

- Antidepresores, dado que la acción de los estimulantes era corta, se ensayó con los antidepresores, (elevadores del humor de acción prolongada) a diferencia de las anfetaminas que se excretan en la orina en pocas horas, las aminas tricíclicas se metabolizan en 20 horas.

- Sedantes, el barbitúrico más usado en el niño hiperactivo es el Fenobarbital y es paradójicamente un estimulante por ello es contraindicado, sólo se prescribe si padece epilepsia, incontrolada con otros medicamentos.

- Tranquilizantes, los mayormente utilizados en los niños hiperactivos son la tioridazina (Melleril) y la clorpromazina (Torazina) mediante su uso se da un estado de calma y el actuar es aceptable, también se les conoce a estos tranquilizantes como drogas antipsicóticos.

Los posibles efectos negativos son: somnolencia durante el día, mejoramiento social y la conducta, más que del aprendizaje, cierto aumento de peso y apetito voraz, entre otros.

- Antihistamínicos, el Vistaril y el Benadryl se han usado en ciertos niños hiperactivos sobre todo en aquellos que hay antecedentes de alergia a otros fármacos.

En el momento en que los medicamentos generan una actitud tranquilizante se debe iniciar una enseñanza paciente y amable, además la medicación no proporciona disciplina, mejoramiento de autoestima, ni amor. Con ello vemos que no sólo se necesitan de los medicamentos para solucionar la hiperactividad.

Como alternativa a estos procedimientos, a últimas fechas ha venido incrementándose la utilización de técnicas conductuales para la modificación de la conducta hiperactiva.

Ciencia y práctica se relacionan estrechamente para fundamentar y enriquecer la aplicación de modificación de conducta. Por ello analizaremos dicha teoría.

El precursor fue John Locke, es a Lightner Witmer a quien se le atribuye ser la fundadora de la psicología clínica. Así

mismo en el campo de la educación Graziano (1978) acredita a J. Stanley Gray (1932) el haber sido el primero en utilizar el término de modificación de conducta, que desafortunadamente no tuvo aceptación entre los educadores.

Fue hasta las obras de Skinner (1953), Eysenck (1957), Wolpe (1958) y Bandura (1961), cuando finalmente la terapia de la conducta tuvo aceptación entre los clínicos, utilizándola únicamente en adultos y no en niños. A pesar de ello al aplicar los principios psicológicos en el tratamiento de los trastornos de los niños, fue adoptada en el campo educativo.

Estos principios de condicionamiento pavloviano tienen por objetivo cambiar las condiciones bajo las cuales ocurre una respuesta innata (no condicionada) y suele ser provocada por un estímulo incondicionado que se sustituye por un condicionado que ahora provocará una respuesta condicionada, que será la misma que la respuesta incondicionada, pero ahora producida por un estímulo condicionado, mientras que antes había ocurrido sólo cuando estaba presente el estímulo incondicionado.

Este procedimiento es la muy conocida demostración de Ivan Petrovich Pavlov, quien utilizó la salivación de un perro (respuesta innata) como respuesta que él condicionó para que ocurriera ante el sonido de una campana (estímulo condicionado), obteniendo así una respuesta condicionada.

El estímulo que nos permite que ocurra o fortalezca en ocasiones subsiguientes la respuesta se le llama reforzador. Y si

es menos probable que ocurra o la debilita se le denomina castigo. En otras palabras el reforzador fortalece la respuesta y el castigo la debilita.

El efecto que el reforzador y castigo tienen sobre una conducta específica tienen que determinarse en cada ocasión y con cada niño esto es, que no existen reforzadores universales ni castigos universales. Los reforzadores no necesariamente pueden ser objetos tangibles que el niño recibe en consecuencia de una respuesta que ha emitido, hay ocasiones en que una respuesta refuerza otra. Este es el llamado principio de Premack en donde afirma que una respuesta de mayor probabilidad puede reforzar una respuesta de menor probabilidad; llamado también "la regla de la abuela". Ejemplo: "Primero haces tu tarea y luego puedes salir a jugar". También existen reforzadores sociales, como la aprobación, la atención, el elogio o las sonrisas, u objetos como las monedas, fichas o calificaciones. De igual manera existen los castigos sociales como son: respuestas represivas, sanciones verbales, los ceños fruncidos, los regaños o las amenazas, que pueden ser efectivos sólo para unos niños.

Se hace necesario mencionar que no es aconsejable la utilización de castigos debido a que se asocian con un estímulo doloroso, provocando temor o evitación de la persona que lo aplica. Además de que no elimina total y realmente la conducta a modificar.

Por ello antes de hacer uso del castigo deben intentarse otras formas como el tiempo fuera, donde el sujeto deja de participar por un tiempo en su medio, se aísla en un lugar donde se aburra, como consecuencia de una conducta inadecuada, o la privación de privilegios como: ver televisión, jugar, comer algo agradable, etc. Es así como estos principios fundamentan la modificación de conducta. En general, el rasgo común es la estructuración sistemática de las condiciones ambientales para cambiar la conducta del sujeto, es decir, para establecer, mantener, transformar o eliminar repertorios conductuales; por ello la modificación de conducta es un procedimiento de enseñanza.

Algunos autores que han desarrollado sus investigaciones en esta línea son los que citamos a continuación:

Sánchez (1980) propone una alternativa para modificar la conducta hiperactiva por medio del establecimiento del repertorio de seguimiento de instrucciones, según la hipótesis de que la conducta del niño hiperactivo está bajo un control de estímulos inadecuados, en este sentido al entrar el seguimiento de instrucciones, la conducta quedaría bajo el control de éstas, lo que sería incompatible con la hiperactividad. (3)

Para el doctor Robert G. Wahler, el tratamiento para la modificación de conducta desviada en los niños se da con base en el manejo de la atención y el reforzamiento social de modo que sean convenientes en relación a respuestas adecuadas. (4)

En este sentido un *"buen programa de modificación de conducta en los ambientes naturales, será aquel que especifique un planteamiento cuidadoso de las contingencias proporcionadas tanto a los mediadores (cualquier miembro del ambiente natural en el que se encuentra el niño y que es quien controla los sucesos reforzantes para el mismo) del cambio como al niño con conducta desviada"*. (5)

Un ejemplo de ello es el trabajo de Patterson (1965) *"según el cual los compañeros de un niño hiperactivo funcionaron como mediadores para incrementar en él la respuesta de permanecer en su asiento. El autor señala cómo los niños del grupo eran reforzados cada vez que el niño problema no emita las respuestas inconvenientes y al mismo tiempo cómo fueron adiestrados para que reforzaran con aplausos y aprobación social la conducta blanco del niño"*. (6)

Ahora bien, este trabajo presenta un planteamiento de contingencias que incluyen los elementos del sistema ecológico conductual y que determinan el mantenimiento del cambio conductual en el niño hiperactivo, si este cambio es reforzante para padres y maestros, el mantenimiento de esta conducta es altamente probable.

Para Elena Granell (7), el análisis conductual aplicado representa una alternativa nueva para manejar y controlar la hiperactividad. Este enfoque maneja tres supuestos en los que basa su metodología:

- a) La conducta debe tener un análisis experimental que permita una descripción funcional de sus componentes.
- b) La conducta con base en lo anterior puede ser controlada.
- c) La conducta puede ser predecible.

A su vez estos supuestos tienen una metodología, cuyas características son:

- 1.- Control experimental de variables.
- 2.- Definiciones operacionales de variables a ser medidas.
- 3.- Objetividad en la observación y medición de dichas variables.
- 4.- Registro continuo de variables y
- 5.- Análisis y objetivo de los datos obtenidos.

Las técnicas de reforzamiento son las más utilizadas para la modificación de conductas, en este sentido el reforzamiento debe ser inmediato para que sea efectivo, los programas de reforzamiento se deben ir cambiando paulatinamente por programas intermitentes con base en intervalos fijos y razón fija, para llegar a programas de razón variable, los que son más efectivos para conservar patrones de respuestas estables.

Para asegurarse que los cambios de conducta sean duraderos y que se mantengan en situación adecuada, se deben implementar programas en el ambiente natural.

Estos cambios no se producen espontáneamente cuando el programa ha tenido un término repentino. Sino que para facilitarlos el programa debe tener un retiro gradual, además de

que deben existir los arreglos necesarios en el ambiente natural del sujeto para conservar estable las contingencias de reforzamiento que proporcionan el cambio de conducta.

Cualquier programa de modificación de conducta que busque generalizar y mantener conductas modificadas tendrá en cuenta:

a) Sistemas de reforzamiento artificial, que deberá ser retirado gradualmente.

b) La ubicación del sistema de reforzamiento debe ser cambiada de la situación artificial a la natural.

c) La administración de las contingencias reforzantes deben quedar en manos de los integrantes del ambiente natural.

d) Para que la administración de reforzamientos en el ambiente natural sea adecuada y efectiva, se debe tener un programa de entrenamiento para padres, maestros y compañeros.

e) Los criterios de reforzamiento deben aumentar gradualmente su exigencia.

f) Los reforzamientos artificiales se sustituirán gradualmente por naturales. (8)

Para planificar un programa de modificación de conducta se debe tener en cuenta:

- Especificación de la situación en la cual se va a realizar el programa.
- Definición operacional de las respuestas a ser controladas.
- Implementación del procedimiento para el registro de las

respuestas.

- Evaluación de la confiabilidad entre observadores.
- Descripción del diseño experimental a ser utilizado en la aplicación de las técnicas y control de variables.
- Recopilación de datos.
- Análisis e interpretación de los resultados. (9)

Los cuatro primeros aspectos se llevan a cabo mediante observaciones sistemáticas objetivas que permitan llegar a una descripción funcional detallada de las respuestas de estudio y la identificación de variables.

"Cuando las observaciones se hacen en ambientes naturales puede haber muchas fuentes de error que deben controlarse. En primer lugar, el observador puede distorsionar los datos debido a las expectativas que él tenga en relación con el comportamiento del sujeto... En segundo lugar, se ha demostrado en repetidas ocasiones que la presencia del observador en el ambiente del sujeto puede producir interferencias". (10)

Para reducir los efectos de presencia del observador se manejan dos alternativas:

- La utilización de cámaras de observación.
- Prolongar los períodos de observación hasta producir una habituación al observador antes de considerar los datos.

Los programas conductuales en estos estudios indican que la conducta de algunos niños hiperactivos puede ser controlada a través de procedimientos de manejo de contingencias.

Galindo y colaboradores (1980) manejan modificación de conducta con base en condicionamiento por reforzadores. (11)

El tratamiento supone, en primer lugar, un análisis de cada una de las deficiencias conductuales en el que éstas se definen funcional y topográficamente; es posible que el sujeto carezca de ciertos repertorios adaptativos (atención, lenguaje, cuidado personal, etc.) o que posea repertorios inadaptativos (hiperactividad, agresividad, autoestimulación, etc.), y el análisis busca determinar en qué condiciones se ha dado o no se ha dado la conducta. Obviamente, a menudo se encuentra que los factores biológicos (lesiones, limitaciones sensoriales motrices, etc.) son o han sido de suma importancia para retardar el desarrollo; en este caso se estudia la posibilidad de compensar de algún modo la deficiencia mediante entrenamiento intensivo, o mediante el uso de materiales y aparatos de apoyo, o ambas cosas, pero nunca se considera que el sujeto esté incapacitado definitivamente.

En segundo lugar, el tratamiento supone una estimación de importancia de las deficiencias conductuales para el desenvolvimiento del sujeto en su medio.

Por último se pasa al tratamiento propiamente dicho, es decir, al establecimiento, al mantenimiento, al fortalecimiento o a la eliminación de los repertorios conductuales.

Para Alan O. Ross, los métodos de tratamiento más favorables para niños hiperactivos se han abocado a modificar

conductas incompatibles con el exceso de movilidad, lo que lleva a llamar a estos niños hiperactivos; uno de los primeros estudios bajo este enfoque es el realizado por Patterson y colaboradores (1965) en el que señalan el reforzamiento diferencial de la conducta de la atención, es decir fortalecer una respuesta (atención) al tiempo que se debilita otra (conducta hiperactiva) y en el cual el reforzamiento era contingente con la no ocurrencia de la conducta no atenta, que representa períodos de conducta atenta. En este estudio el grupo al que pertenecía el niño hiperactivo juega un papel importante como reforzador social.

Otro estudio realizado bajo este enfoque es de O'Leary y colaboradores (1976), en él no se aplicaron reforzadores para mantener a los niños sentados y quietos, por poner atención o por molestar, el objetivo del tratamiento era lograr metas académicas y sociales. *"El objetivo del cambio conductual no era la hiperactividad en sí, sino la conducta compatible con el aprendizaje". (12)*

Además estos investigadores señalan que la selección de recompensas adecuadas que aplican los padres es la parte más importante del programa, ya que ello requiere cuidado e ingenio y ningún tipo de resultado servirá como reforzador para todos los niños.

Estos estudios han demostrado que el reforzamiento directo de la conducta adecuada en el salón de clases o en el rendimiento académico dan por resultado una reducción de la hiperactividad.

Los programas de intervención basados en este enfoque hacen uso de contingencias ya sea individuales o grupales (haciendo participar a todo el grupo en el proyecto) y son aplicables en el salón de clases por el propio maestro, además es demostrable que este método es superior al tratamiento de la hiperactividad por medio de farmacoterapia.

Ejemplo de ello es el estudio realizado por Ayllon, Leymin y Kandel (1975) quienes trabajaron con tres niños que clínicamente fueron diagnosticados como hiperactivos crónicos, todos recibían metilfenidato para controlar su hiperactividad.
(13)

El estudio reveló que mientras estaban sujetos a la farmacoterapia la hiperactividad estaba en un nivel bajo (20%) pero el rendimiento académico era de cero, al discontinuar el fármaco y emplear la intervención conductual el rendimiento académico se elevó hasta el 85% y la hiperactividad se mantuvo en 24%, cerca de donde había estado al utilizar el fármaco, con ello se puede concluir que la intervención conductual en niños hiperactivos es preferible al tratamiento de fármacos, ya que si bien suprimen la actividad también interfieren en el rendimiento académico.

"Esta conclusión está apoyada por hallazgos similares descritos por investigadores que estudiaron a los niños hiperactivos y compararon los fármacos con los programas de

intervención conductual (Shaflo y Sulzberger, 1977; Wulbert y Dries 1977)". (14)

Otro de los enfoques para ayudar a niños hiperactivos es el estudio realizado por Bornstein y Quevillon (1976) basado en la autoinstrucción, en la que se enseña a los niños a controlar su propia conducta dirigida a la tarea, tiene la ventaja de que el niño lleva consigo las contingencias, aumentando de esta manera la probabilidad de que los controles aprendidos se generalicen y se mantengan con el paso del tiempo.

Una de sus desventajas está en que tiene mejores resultados en niños de edad preescolar que en niños un tanto mayores, como lo demuestran los estudios de Friedling y O'learg (1979) quienes trataron de aplicarlo a niños hiperactivos de segundo y tercer grado y no lograron obtener resultados positivos hasta que se adoptó el programa de fichas que recompensaba la conducta dirigida a la tarea. (15)

Como hemos visto, el tratamiento de la hiperactividad varía de acuerdo al enfoque que la plantee.

El tratamiento médico a base de fármacos "calman" al sujeto en el momento, pero el cambio producido no es permanente y pueden dejar secuelas secundarias que afectan al organismo.

Mientras que las técnicas de modificación conductual reportan mayores y mejores resultados, como se observó en los estudios de Galindo y colaboradores, Granell, Rinn, Markle,

Becker y Ross, entre otros; quienes han comprobado su eficiencia en problemas de conducta de niños y adolescentes.

Por lo anteriormente expuesto utilizaremos la modificación de conducta para la eliminación de la hiperactividad del niño en el salón de clases y en su hogar ya sea hiperactividad como síntoma aislado o como síntoma de la hiperquinesia.

Siendo de vital importancia la colaboración de los padres del niño, maestros y directivos de su escuela, pues en coordinación con el pedagogo llevarán a cabo el programa de modificación de conducta .

CITAS BIBLIOGRAFICAS

CAPITULO 2

- (1) Harvey F. Clarizio,
"Trastornos de la conducta en el niño".
Pág. 95 - 96.
- (2) Granell, Elena,
"Aplicación de Técnicas de modificación de conductas para el control de la hiperactividad en el ambiente real".
Pág. 16.
- (3) Sánchez Griselda e Hinojosa, Guillermo.
"Efectos del entrenamiento del repertorio de seguimiento de instrucciones sobre conductas problemáticas; Una replicación"
En : *Sistemas de Educación Especial II* ".
Antología UNAM ENEP-Aragón, 1985.
- (4) Sánchez Griselda e Hinojosa, Guillermo.
Op. cit.
- (5) Ribes, Emilio,
"Técnicas de modificación de conducta".
Pág. 35.
- (6) Ribes, Emilio, Idem. Pág. 36.
- (7) Granell, Elena, Op. cit. Pág. 23.
- (8) Granell, Elena, Idem. Pág. 29.
- (9) Granell, Elena, Idem. Pág. 25.
- (10) Granell, Elena, Idem. Pág. 25.

- (11) Galindo, Edgar y colaboradores,
"Modificación de conducta en la educación especial".
Diagnóstico y programas.
- (12) Ross, Alan O.,
"Terapia de la conducta infantil".
Pág. 146.
- (13) Ross, Alan O. Idem. Pág. 148.
- (14) Ross, Alan O. Idem. Pág. 153.
- (15) Ross, Alan O. Idem. Pág. 162.

CAPITULO 3

ALTERNATIVA PROPUESTA

CAPITULO 3. ALTERNATIVA PROPUESTA.

METODO

S U J E T O S .

Se trabajó en los grupos de primero y segundo "A", que son clasificados como los más problemáticos, es decir, donde se agrupan los niños que tienen problemas de aprendizaje y de conducta, de los que fueron tomados un caso por grupo para aplicar el programa. Cada grupo está formado aproximadamente por 40 alumnos.

Es necesario señalar que los niños con los que se trabajó nos fueron asignados por ser considerados los más "problemáticos" en la escuela, niños que ya habían sido atendidos por psicólogos sin obtener buenos resultados.

CASO A.

Niño de 7 años 3 meses, cursa el segundo grado con un promedio general de 8 ; su padre tiene 34 años de edad, es comerciante y cursó la secundaria; su madre tiene 27 años de edad, es secretaria y cursó carrera técnica.

Las características que a continuación se citan, fueron aportadas por los padres del niño y por observación personal en la entrevista sostenida con ellos: es sociable, extrovertido, presenta conductas agresivas, se molesta cuando no se le complace, no se

mantiene en su lugar para realizar sus tareas que le indica la maestra, se distrae, no obedece a la profesora cuando le indica que debe permanecer en su lugar, no concentra su atención cuando así se requiere.

El número de alumnos en el grupo es de cuarenta, y son tres niños los que reportan conducta hiperactiva.

CASO B.

Niño de 7 años 6 meses, cursa el primer año con un promedio general de 8.5, su padre tiene 36 años de edad, cursó la licenciatura de administración de empresas; su madre tiene 31 años, es encargada de departamento en una empresa y cursó la secundaria.

Las características que a continuación se citan fueron aportadas por los padres y la maestra del niño, así como por observación personal, en la entrevista sostenida con ellos: es sociable, extrovertido, le gusta hacer bromas a sus compañeros, se levanta constantemente de su lugar, frente al grupo baila y gira ocasionalmente, no presta atención a la maestra cuando le indica que permanezca en su lugar, lo hace, pero en su silla mueve los pies, se sale del salón sin permiso.

El número de alumnos en el grupo es de treinta y nueve, es el único que presenta estas conductas.

PROFESORAS.

CASO A.

Maestra de 25 años de edad, pasante de la licenciatura en pedagogía, tiene cuatro años de experiencia como maestra.

Se dirige al grupo de manera amable y cordial, el niño en cuestión no sigue sus indicaciones, le dice constantemente que se siente, y le repite lo que tiene que hacer, con lo que el resto del grupo se distrae.

CASO B.

Maestra de 30 años de edad, pasante de la licenciatura en pedagogía, cuenta con tres años de experiencia como maestra.

Se dirige al grupo de manera amable, pero levanta la voz cuando no le obedecen sus indicaciones. Se comporta de manera más enérgica con el niño B, que con el resto del grupo. Se enoja cuando éste no le obedece; el resto del grupo se distrae cuando ella va al lugar del niño para ver lo que ha realizado.

En años anteriores la institución contaba con psicólogo escolar que apoyaba a los profesores para solucionar problemas de

aprendizaje y/o conducta. Actualmente no cuenta con personal adecuado para solucionar esos problemas.

Cuando se presenta el caso de un niño hiperactivo es castigado por el profesor, esto incrementa y refuerza su mal comportamiento; pues además se manejan en esta escuela tarjetas llamadas escalas estimativas, en donde se evalúa la conducta, al igual que otros aspectos como: aseo, puntualidad y tareas.

En ocasiones el profesor es auxiliado por la directora y subdirectora del plantel, que hablan con el niño tratando de motivarlo para que mejore su comportamiento. A su vez el profesor informa a los padres de familia, del mal comportamiento del niño, y lo hacen de manera frecuente, ya que cada mes hay firma de boletas y escala estimativa. Cuando se les informa a los padres de familia, la reacción es castigarlo en forma verbal o física, o en el peor de los casos ignoran el problema.

LUGAR.

La investigación se desarrolló en la Escuela Primaria "María Luisa Hidalgo Torres", ubicada en Av. General Francisco Munguía L. 14, M. 29, Col. Granjas Independencia, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

La escuela cuenta con un salón de clases para cada grupo, de cinco metros por lado. Tienen un pizarrón al frente, ventanales

que permiten la entrada de luz, pero no tienen cortinas y propician la distracción del grupo. Cada alumno tiene su silla, quedan distribuidos en seis filas de seis y siete alumnos por fila, quedando un poco reducido el espacio entre niño y niño. Junto al pizarrón está el escritorio de la maestra y un estante.

También tiene un salón de danza, dirección, subdirección, dos habitaciones para baño, divididas para niños y niñas, y un patio de recreo.

PROCEDIMIENTO.

FASE A. Aplicación de pruebas.

El pedagogo llevó a cabo la observación en el salón de clases por un lapso de una semana durante media hora por día, después del recreo para corroborar apreciaciones de la maestra. Se registró cuantas veces se levantaba de su lugar el niño, durante media hora; y en cuanto a atención, se registró las veces que ponía atención a la profesora (para incrementarla con el programa).

Posteriormente se realizó una entrevista con los padres de los niños en su hogar. Con ello se conoció cual es la postura frente al caso (quién se responsabiliza) y sobre todo saber si están dispuestos a colaborar para la solución de las conductas problemas que presenta su hijo. Durante esta entrevista también se

obtuvieron datos para la historia de desarrollo (Anexo 1); en ella se conocieron los antecedentes más sobresalientes relacionados a la historia del embarazo, circunstancias de parto y datos postnatales. El desarrollo psicobiológico del niño resultó importante por los datos que aportó sobre lenguaje y coordinación motora general.

Posteriormente se realizó una entrevista con el niño(Anexo 2), esto para establecer el rapport, información sobre su estado de ánimo, su estado afectivo. Este mismo día se aplicaron las listas de chequeo (Anexo 7) que nos proporcionó la línea base o preevaluación o estado en que se encontraban los sujetos a los que se les aplicaría el programa.

Estas listas nos indicaron con precisión cual era la deficiencia conductual, en que condiciones se daba y su nivel.

También se aplicó hora de juego, con lo que se observaron las tendencias, gustos, intereses y la relación que mantienen con su medio ambiente. Se aplicó la escala de Werry, Weiss y Peters, que utilizó Elena Granell, ésta nos permite medir la actividad motora y saber si era excesiva y que no correspondiera a la que muestran los niños de la misma edad; está compuesta por: encuesta para la maestra (Anexo 5) y padres (Anexo 5), así como lista de síntomas contestada por los padres (Anexo 6). Y por último se registraron los gustos y preferencias del niño (Anexo 4) para conocer los posibles reforzadores a utilizar. Este registro fue llenado con aportaciones de los padres.

FASE B. Aplicación del programa para disminuir movimientos excesivos, en la escuela.

Antes de iniciar el programa fue necesario asesorar a las maestras para llevarlo a cabo y determinar los materiales que se utilizarían como reforzadores.

El material utilizado como reforzador fueron: tarjetas con valor dado según el tiempo que logró el alumno mantener la conducta deseada y se quitaron por cada conducta inadecuada, Se utilizó un juguete de la preferencia del niño que pudiera darse en partes. Para el caso A se utilizó un avión para armar, para el caso B un turista mundial. También se le dieron a conocer a la maestra las actividades y gustos de la preferencia del alumno, para el caso A: jugar con su "Nintendo", y pasear con sus padres; para el caso B: jugar bicicleta, pintar, dibujar y armar juguetes.

Para iniciar el programa la maestra platicó con el niño en relación al trabajo que se realizó con él: "si logras mantenerte sentado y quieto durante tres minutos, podrás obtener tu tarjeta de felicitaciones y cambiarla por la parte (s) de tu juego, con la subdirectora".

Las partes estuvieron en relación al tiempo logrado. La maestra también comentó con el resto del grupo que: "debido al comportamiento de su compañero, lo ayudarían a que se portara bien, que se le daría una tarjeta para cambiarla con la subdirectora por una parte (s) de un juguete, a la vez le darían

un aplauso por mantenerse sentado y quieto por el tiempo que le pidió la maestra".

Posteriormente la maestra determinó un momento en el que le daría las instrucciones al alumno: "siéntate y quédate quieto durante tres minutos". Para dar la indicación era necesario que el momento así lo requiriera, por ejemplo: al pasar lista o al iniciar un tema nuevo. En cuanto al tiempo solicitado para permanecer sentado y quieto se incrementaría a tres minutos más de lo logrado.

Cuando el alumno lograba cumplir con la indicación por el tiempo requerido, la maestra le entregaba al alumno una tarjeta (con valor según el tiempo que logró mantener la conducta solicitada), alabando la buena conducta. Las tarjetas se canjearon por partes del juguete con la subdirectora, y de igual manera alabó su buen comportamiento.

Este procedimiento se llevó a cabo hasta lograr los 15 minutos que se establecieron como objetivo a lograr.

Pero por el contrario, cuando después de cinco instrucciones (que se dieron después en intervalos de quince minutos a treinta, según fue necesario) el niño no acataba las instrucciones, se convino la técnica con otros procedimientos, por ejemplo: la maestra le decía al niño: "si logras permanecer sentado y quieto durante el tiempo en que pase lista, obtendrás tu tarjeta, de lo contrario me devolverás lo ganado, si lo logras tu mamá te dará...(un gusto de su preferencia) o jugarás...(juguete y/o juegos

de su preferencia) al llegar a tu casa. Para indicar el reforzador que utilizó la maestra fue necesario que se enterara de sus gustos y preferencias; así como estar en contacto con los padres de los niños para que le cumplieran lo que se le había ofrecido.

Una vez logrado el objetivo, los reforzadores fueron disminuyendo paulatinamente, comentando al niño el porque de la disminución de "entrega de partes de su juego", añadiendo frases como:

¡Felicidades por tu obediencia!

Continúa con tu buena conducta.

Me siento orgullosa de ti.

Bravo, sigue así.

Etc.

Se buscó que el alumno se diera cuenta del logro del cambio de su conducta y que el reforzador material ya no fuera necesario. Es decir, pasar a un reforzador social verbal.

FASE C. Asesoría a padres.

Esta orientación se llevó a cabo con los padres de los niños hiperactivos durante dos semanas, tres días en cada una.

En ellas se analizó la información de los temas del libro "Paternidad Positiva" de Roger C. Rinn, de la siguiente forma: se entregó la fotocopia de los temas con dos días de anticipación a la sesión, la información fue leída por los padres, anotaron dudas

y/o comentarios para ser retomados en la siguiente sesión. Una vez aclaradas las dudas, se les pidió llevar a la práctica los temas analizados.

Las actividades que se trabajaron fueron:

1.- Especificación de la conducta que se deseaba cambiar.

Para ello se hizo necesario realizar una descripción de las conductas no deseadas. En caso A y B, en ambas las conductas que se deseaban lograr fueron mantener sentado y quieto al niño durante la elaboración de la tarea, al comer o cenar, y mantener la atención del niño en actividades que así lo requieran.

2.- Evaluación de las conductas.

Se midió la conducta, el número de veces que el niño se levantaba de su lugar, en los momentos de hacer su tarea y comer, también el número de veces que el niño prestaba atención a las actividades que así lo requerían, ambas conductas se registraron tres días consecutivos.

Esta información se registró por medio de gráficas, para observar los logros al aplicar los programas.

3.- Identificación de estímulos.

Para determinarlos fue necesario tomar en cuenta actividades, juegos y comidas de la preferencia del niño. Cabe señalar que ya habían sido identificados con anterioridad con la escala de gustos y preferencias.

Los reforzadores que se utilizaron en los dos casos fueron:

Dentro de los estímulos interpersonales consistieron en halagos (verbales) y manifestaciones de afecto, como sonreírle al niño, dar una palmada en su hombro o abrazarlo. También se utilizaron como estímulos las actividades de la preferencia del niño que realizaron una vez cumplida la conducta deseada.

En caso A jugar "Nintendo" y en el caso B fue jugar bicicleta.

Los estímulos materiales fueron en el caso A dinero y en el caso B comer hot dog y hamburguesas.

4.- Aplicación de técnicas para disminuir movimientos excesivos e incrementar la atención.

Tales como:

- Técnica de ignorar.

Consistió en no atender a las conductas indeseables que presentaron los niños, esto es, no mirarlo, no sonreírle, no fruncir las cejas, no señalarlo, no hacer gestos, no dar palmadas, no manotear y no hablar con el niño o acerca de él.

Es decir, al ignorar una conducta el padre dirigió simplemente la mirada a otro lugar.

- Tiempo fuera.

Se utilizó cuando llevaron a los niños a un lugar en donde se aburrían y no tuvieran contacto con ningún distractor. Por ejemplo: cuando el niño no puso atención para elaborar su tarea se le dijo "estas en tiempo fuera durante 7 minutos" (dado la edad que tiene el niño del caso A), el lugar que se le asignó fue

la parte trasera del patio de la casa, en donde no existe ningún distractor y se lograría aburrir al niño.

- Las multas.

Consistieron en pedir a los niños que paguen por haber manifestado una conducta indeseable. Por ejemplo: en el caso B al niño se le daban cinco mil pesos a la semana y cuando presentó una conducta indeseable se le rebajaron mil pesos de su cantidad semanal.

FASE D. Aplicación del programa para disminuir movimientos excesivos, en el hogar.

En esta fase cuando el niño presentaba conductas indeseables que en ambos casos fueron: mover pies y manos durante la comida, levantarse constantemente de su lugar, al igual que en la realización de su tarea. Para ello se le dieron indicaciones como: "siéntate y prosigue comiendo" o "siéntate y prosigue con tu tarea".

Para comenzar se le dió la indicación al niño para realizarla durante tres minutos. Si lo lograba se halagaba verbalmente y se le permitía realizar alguna actividad de su preferencia. Por ejemplo: en el caso B salir a jugar bicicleta y en el caso A jugar "Nintendo".

En caso de que la instrucción no fuese realizada, se le repetiría en un máximo de tres veces, entonces se utilizaría alguna de las técnicas manejadas en la asesoría a padres.

Una vez logrados los tres minutos se incrementó tres minutos más de lo logrado. Se motivó con halagos verbales o actividades o gustos de su preferencia si lograba realizar la indicación con el tiempo indicado o se utilizaron las técnicas cuando no se obtenía la conducta deseada.

FASE E. Programa para incrementar la atención, en la escuela.

La maestra platicó con el niño en relación a las actividades que se desarrollarían para aumentar su atención. También comentó al grupo que debido a la poca atención que presentaba el niño, se le ayudaría a incrementarla, permitiéndole realizar alguna actividad que le guste por un lapso de cinco minutos por cada quince que mantenga su atención en la actividad que lo requiera. Es importante que para la aplicación de este programa la maestra tome en cuenta los posibles momentos de atención que presente el alumno al aplicar el programa de disminución de movimientos excesivos, reforzando solo verbalmente. Por tanto es importante que este programa se aplique cuando se halla logrado el 50% de tiempo marcado en el objetivo para la disminución de movimientos excesivos.

Para iniciar el programa la maestra pidió al alumno que atendiera a la clase o actividades que realizó, por mínimo de cinco minutos, mismo que se incrementó cinco minutos más de lo logrado.

Una vez lograda la conducta solicitada al alumno, la maestra lo reforzo verbalmente y le permitió realizar alguna actividad que le agradara por un lapso de cinco minutos. Este procedimiento se realizó hasta lograr treinta minutos que se establecieron como objetivo a lograr.

Si al cabo de tres instrucciones (que se dieron al iniciar una nueva actividad o tema) el alumno no cambiaba su conducta se le dijo por ejemplo: "si logras mantener tu atención el tiempo que te pido podrás realizar lo que tu quieras", en cierto tiempo, de lo contrario al llegar a casa no podrás realizar...(actividad que más le agrada). Una vez logrado el objetivo, los reforzadores (actividades de su agrado) irían disminuyendo, según fue necesario, buscando hacer consciente al niño de que por él mismo puede lograr la conducta deseada para ello el reforzador verbal jugará un papel importante. (se pueden adecuar las frases de disminución de movimientos excesivos o crear nuevas)

FASE F. Aplicación del programa de atención, en el hogar.

Durante esta fase el objetivo fue que los niños lograran mantener la atención en juegos o actividades que la requerían.

Tales como: la elaboración de sus tareas y juegos como: "Memorama", "Dominó", "Lince", entre otros.

De igual manera la conducta esperada se premiaba verbalmente y se dejaba realizar la actividad que deseaba durante cinco minutos por quince minutos de atención. Para un

inicio se comenzó con cinco minutos de atención y cinco de reforzador. Si por el contrario no se daba la conducta descada se aplicaba alguna técnica.

Al lograr veinte minutos de atención, los reforzadores materiales se fueron disminuyendo, predominando más los verbales sociales, informando al niño de que por él mismo podría lograrlo sin necesidad de algún estímulo.

ANALISIS DE RESULTADOS

FASE A. Aplicación de pruebas.

Sujeto A.

Los resultados obtenidos en historia vital no aportan datos de daño cerebral.

En las listas de chequeo se obtuvieron los siguientes resultados:

atención 63%

imitación 66%

seguimiento de instrucciones 100%

Los demás aspectos de esa lista de chequeo no se aplicaron, debido a que nos interesaban únicamente estos tres.

Durante la aplicación el niño se levantaba frecuentemente de su lugar sin ninguna causa aparentemente justificada.

En la aplicación de la hora de juego se observó que tiende a desarrollar juegos de mucha actividad, los que no planea, sino

que se basa en el desarrollo de los mismos, va marcando las reglas a seguir, además de que busca estar ganando sólo él; no acepta la derrota, no le importa trasgredir las reglas o normas del juego que el mismo impuso, todo con tal de ganar.

En la escala de Werry, Weiss y Peters se observó que hay una excesiva actividad tanto en la escuela como en el hogar.

Por último se hizo el registro de gustos y preferencias, para determinar los posibles reforzadores que se utilizarán en el programa.

Sujeto B.

La historia vital resultó importante por los datos proporcionados que indican que hubo daño cerebral, pues tuvo derrame cerebral.

No lloró inmediatamente al nacer, y permaneció 2 meses en la incubadora por prematuridad (7 meses).

En las listas de chequeo se obtuvieron los siguientes resultados:

Atención 92%

imitación 73%

seguimiento de instrucciones 86%

En la hora de juego se observó que sus gustos son iluminar y jugar bicicleta, ya que al presentarle la caja para iniciar la actividad, él prefirió sacar sus libros para colorear, posteriormente pidió jugar con la bicicleta, mostrando independencia entre ambas actividades y buscando ser el mejor en la actividad que desarrolla.

En la escala de Werry, Weiss y Peters, se observó que presenta mucha actividad al estar realizando actividades tanto en la escuela como en el hogar, así mismo presenta ansiedad, busca llamar la atención de los demás, inquietud, irritabilidad, atención fácilmente perturbada, nerviosismo, y disgusto por la escuela.

En cuanto a sus gustos los resultados fueron los siguientes: le gustan muchísimo helados, caramelos, frutas, chocolates, galletas, hamburguesas, hot dog, agua de frutas, leche, refrescos, licuados, dibujar, iluminar, armar y jugar bicicleta.

FASE B. Aplicación del programa para disminuir movimientos excesivos, en la escuelas.

Sujeto A.

El día 28 de septiembre de 1992, se inició el programa de eliminación de movimientos excesivos, y concluyó el día 29 de octubre de 1992. En la primera semana (21 al 25 de septiembre) se dió el inconveniente de no poder desarrollar del todo el programa, dada la falta de reforzador material (avión para armar), provocando ello la suspensión del mismo, porque el alumno empezó a perder interés por cumplir la conducta que se le pedía. Por lo cual se inició el programa hasta la siguiente semana que ya se tenía el reforzador. En el primer y segundo día se obtuvieron buenos resultados, ya que se logró mantener al alumno, en un lapso de dos y cuatro minutos, (respectivamente) sentado y quieto mientras la maestra pasaba lista (primer día) e iniciaba la explicación de un tema (segundo día). Después de esta mejoría, en el tercer día se dió un déficit en la conducta, llegando a tener más de 10 movimientos excesivos en el lapso de dos minutos, no funcionando, ni aún, el condicionar que el comportamiento positivo le retribuiría beneficios al llegar a su

casa; para el cuarto día una vez que sus padres platicaron con él, diciéndole que le permitieran jugar media hora Nintendo al llegar de la escuela si en ese día presentaba buena conducta en el salón de clase, se logró se mantubiese quieto y sentado durante cinco minutos, otorgándole sólo la mitad de las piezas que le correspondían, dado que no logró los seis minutos que se le solicitaron. Para el quinto día, se dió un avance notorio ya que se logró mantener al niño sentado y quieto durante diez minutos, mientras su maestra hablaba sobre el tema de la familia y además se mostró interesado y participativo, en esta ocasión se reforzó doblemente su conducta, se le entregaron dos tarjetas para obtener dos piezas de su avión. En el sexto y séptimo día (días laborables) se estabilizó en diez minutos el tiempo en que se mantenía sentado y quieto, pero declinaba el interés por la clase, su conducta se reforzó normalmente, es decir, entregando sólo una tarjeta. Para el octavo día se dió un ligero descenso en el tiempo logrado, sólo siete minutos ahora, no se le entregó su tarjeta, la profesora habló con él, le dijo que no era agradable para él ni para el grupo que volviera a comportarse incorrectamente. Para el noveno día se dió un ligero aumento (11 minutos), pero en esta ocasión sólo se reforzó con el reforzador verbal (la tarjeta con una frase alabando su conducta), comentándole que si al siguiente día lograba mantener su buena conducta se le entregaría la parte más grande de su avión, esto se hizo dado que se notó un posible estancamiento en continuar con

la conducta positiva. Para el décimo día se volvió a conservar su conducta positiva, no se le reforzó materialmente pero sí verbalmente, consiguiéndose que prefiriese el reforzador verbal más que el material, dados los resultados obtenidos para la siguiente semana, en lo que se estabilizó de 13 a 20 minutos en lo que presentaba la conducta positiva buscando se le otorgara un reconocimiento social (ante el grupo) y el de su maestra.

Con ello se observó que después de algunos altibajos se logró modificar la conducta negativa y establecer la positiva dado que a la fecha (principios del mes de noviembre de 1992) ya no sólo se está quieto y sentado por un tiempo sino también en los momentos que se le pide lo haga, recibiendo de vez en cuando el reforzador verbal por parte de la profesora del grupo.

Sujeto B.

El día 5 de octubre de 1992, se inició simultáneamente (escuela y hogar) el programa de eliminación de movimientos excesivos, y concluyó el día 30 de octubre de 1992. En la primer semana (28 de septiembre al 2 de octubre) no se pudo llevar a cabo el programa dado que la madre no llevó el juguete a la escuela que serviría como reforzador; (un turista mundial). La maestra inició el programa el lunes 28 de septiembre, logrando mantener al niño sentado y quieto durante tres minutos, pero

ello no fue benéfico pues al canjear la tarjeta, el niño manifestó a la maestra que le había engañado y que "no se volvería a portar bien"; con este antecedente fue un poco difícil trabajar y lograr nuevamente la confianza del niño, pero al conseguirlo la maestra inicia nuevamente el programa el 5 de octubre, teniendo para el primer día dos minutos en los que mantuvo su conducta positiva, se le dió el reforzador verbal y material, contribuyendo que para el segundo día se lograra mantener su conducta positiva por un lapso de seis minutos, se le duplicó el reforzador y se le alabó socialmente (ante su grupo). Para el tercer día y cuarto se siguió teniendo un promedio de ocho a doce minutos en los que presentó la conducta positiva, reforzándola tanto verbal como materialmente. Para el quinto y sexto día este promedio de tiempo bajó a cinco minutos, siendo un posible factor que no se le otorgaran las piezas del juego que él pedía, sino las que le correspondían. En relación a esto la profesora habló con él manifestándole que no eran tan importantes las piezas del juego, como el que ascendiera el tiempo en mantener la conducta deseada, puesto que ello era lo que realmente le beneficiaría. Para el séptimo día se dió un ligero ascenso de siete minutos, el reforzador material fue normal pero se dió más énfasis al verbal y social, consiguiendo que para el octavo y noveno día se mantuviera un promedio de diez minutos para su conducta positiva, reforzándole normalmente tanto verbal como materialmente; para el décimo y onceavo día se logró llegar a

doce minutos (tiempo que se había logrado en el cuarto día), a partir de este momento el reforzador material empezó a disminuirse. Para los últimos días del programa, se logró llegar a trece minutos, tratando de retirar cada vez más el reforzador material y dando mayor reafirmación al verbal.

A la fecha (principios del mes de noviembre de 1992) el niño logra mantenerse sentado y quieto por el tiempo que se le indica, siempre que este no exceda de veinticinco minutos, consideramos que ello se deba a que aún no ha internalizado del todo la conducta positiva.

FASE D. Aplicación del programa para disminuir movimientos excesivos en el hogar.

Sujeto A.

En este programa se obtuvieron resultados progresivos desde su inicio hasta su término, (fue simultaneo al del colegio) ello pudo deberse a que el reforzador que se utilizaba en el hogar era más de su agrado que el de la escuela. El reforzador material utilizado en este programa fue el Nintendo y halagos verbales de los padres en cualquier adelanto del niño, cabe señalar que era muy agradable este último para el niño. De igual manera que en

el programa en la escuela se comenzó a disminuir el reforzador material e incrementar el verbal.

Sujeto B.

Los resultados fueron similares a los obtenidos en la escuela, sin haber mayor conducta positiva que la que se pedía, probablemente por el reforzador que se manejaba, ya que era el comer fuera de casa lo que se le antojara al niño a reducir o aumentar su cuota de gasto diario para el colegio, además de ser notorio el que respondiera mejor al programa con su tía (que es quien lo atiende al llegar de la escuela), que con su mamá. A la fecha se sigue manejando el programa tratando de aumentar el tiempo que logra permanecer con la conducta positiva (actualmente es de doce a quince minutos) sin la búsqueda del reforzador material e imperando más el verbal.

FASE E. Aplicación del programa para aumentar la atención en la escuela.

Sujeto A.

El día 14 de octubre de 1992, se inició el programa y concluyó el 13 de noviembre de 1992. El programa se inició en esta fecha dado que fue cuando se logró disminuir los movimientos con mayor estabilidad, lo que facilitó captar más rápidamente su atención y por mayor tiempo.

En la primera semana logró incrementar su atención por aproximadamente 10 minutos (a la par que se mantenía quieto un lapso de 13 a 15 minutos, el resto del tiempo por lo general estaba quieto pero no atendiendo); la maestra le permitía salir del salón durante cinco minutos para reforzarlo materialmente, además de felicitarlo y elogiarlo frente a sus compañeros.

Para la siguiente semana se dió un ligero ascenso en su conducta positiva ya que logró atender por un lapso de 13 a 15 minutos, siendo reforzado de la misma manera. Cabe señalar que la conducta positiva hasta esta semana se presentaba por lo general en las dos primeras horas de clase y en el momento en que se trabajaba el programa de movimientos excesivos.

Para la siguiente semana se pidió a la maestra que cambiara los reforzadores materiales, llevando al niño a realizar alguna actividad que le agradara dentro del propio grupo para que

también fuese reforzado verbalmente por sus compañeros, así se logró incrementar su atención a 20 minutos y en dos o tres ocasiones al día, siendo la actividad reforzadora el que ayudara a calificar (poner sellos a sus compañeros, según le indicara la maestra, traer los libros o cuadernos de sus compañeros al escritorio entre otras).

Para la última semana se logró incrementar su atención a 27 minutos aproximadamente utilizando como actividades reforzadoras una combinación de lo que él quisiera realizar y ayudarle a la maestra cuando ella lo indicara, este incremento fue un poco más constante ya que se presentó de tres a cuatro ocasiones al día. A la fecha (primeros días de diciembre) se sigue reforzando al niño pero con reforzadores verbales más que materiales.

Sujeto B.

Se inició el día 20 de octubre de 1992 y concluyó el 19 de noviembre de 1992. Se inició en esa fecha debido a que hasta entonces se logró estabilizar la actividad excesiva que presentaba el niño.

En las dos primeras semanas la conducta positiva se mantuvo de 10 a 15 minutos, en la primer semana sólo cuando se aplicaba el programa de movimientos excesivos, en la segunda semana lo logró dos veces tres días, siendo los reforzadores el

permitirle jugar de cinco a diez minutos (según el tiempo logrado) fuera del salón, leer un libro del "Rincón de Lectura" (pequeña biblioteca en cada salón de esta escuela, con libros de cuentos infantiles), o salir simplemente del salón.

Para la tercer semana se notó un ligero descenso en el tiempo en que permanecía la conducta positiva, ya que osciló de 10 a 12 minutos, pero fue más constante ya que se observó de 5 a 4 ocasiones en el día, se utilizó más el reforzador verbal, aunado al reconocimiento social (ante su grupo y halagos de la subdirectora y directora).

Para la cuarta semana se incrementó el tiempo de 15 a 20 minutos, dado que el reforzador cambió, puesto que ahora la maestra buscó la mayor participación del niño dentro del salón de clases y en las actividades fuera de él, logrando que fuese más participativo y aumentara las ocasiones en que centraba su atención en alguna actividad a realizar, incrementandose el tiempo del reforzador cinco minutos más por cada 10 minutos de aumento en la conducta positiva.

Al término del programa se siguió trabajando, pero reforzando con el reconocimiento social y verbal por parte de la maestra de grupo.

FASE F. Aplicación del programa para incrementar la atención en el hogar.

Sujeto A.

Los resultados obtenidos no son tan halagadores, ya que el mayor tiempo que logró fue de 15 minutos, pero ello fue debido (apreciación propia de los padres del niño) a la falta de juegos y correcta utilización del reforzador. Aunando a ésto el poco interés mostrado de los padres del niño para aclarar dudas o comentar situaciones difíciles que se fueron presentando.

Para incrementar este tiempo, se propuso seguir trabajando.

Sujeto B.

Los resultados no son tan halagadores, el mayor tiempo que logró fue de 15 minutos, no obstante la poca participación que mostró la madre del niño para aplicar el programa. Esta situación se salvó ya que su tía del niño lo apoyó y "cubrió" el papel de la madre, la que se vió muy entusiasta sólo en la primer semana, posteriormente delegó la responsabilidad a su hermana que ponía como pretexto no tener tiempo para jugar con su hijo.

A la fecha se sigue trabajando el programa, después de haber platicado nuevamente con la mamá, logrando que participara y mostrara más interés por incrementar la conducta positiva del niño.

Los resultados expuestos anteriormente nos fueron aportados por las maestras de los niños con los que se trabajó y padres de los mismos. Cabe señalar que la maestra del niño A no mostró buena disposición para desarrollar el programa. Por el contrario la maestra del niño B se mostró muy entusiasmada en el desarrollo del programa.

En relación a los padres de ambos niños, se mostraron interesados en llevar a cabo el programa, pero al momento en que tenían que actuar se notó la poca disponibilidad, por ejemplo en la entrega del reforzador material (juguete) y para la aplicación de las técnicas que se dieron a conocer en la orientación a padres.

En la última semana de aplicación de cada programa, apreciamos personalmente si en verdad se había dado el cambio en la conducta de los niños. Con asombro nos percatamos de los cambios positivos.

A continuación se presentan las gráficas del trabajo realizado con los sujetos. Con cada uno se trabajó dos programas uno para disminuir los movimientos excesivos en la escuela y en el hogar y otro para incrementar la atención en la escuela y hogar.

En el eje de las "x" se marcan los días de 1o. al 30, que fueron el tiempo en que se aplicaron los programas, corresponde en el caso de los movimientos excesivos a los días 1o. al 5, la observación del pedagogo y padres de los niños para cuantificar

las veces que el sujeto se levantaba de su lugar sin motivo aparente durante la realización de alguna actividad.

De los días 6 al 20 se aplicó el programa (puede apreciarse el descenso en el número de veces que se levantaba de su lugar, tanto en la escuela como en el hogar).

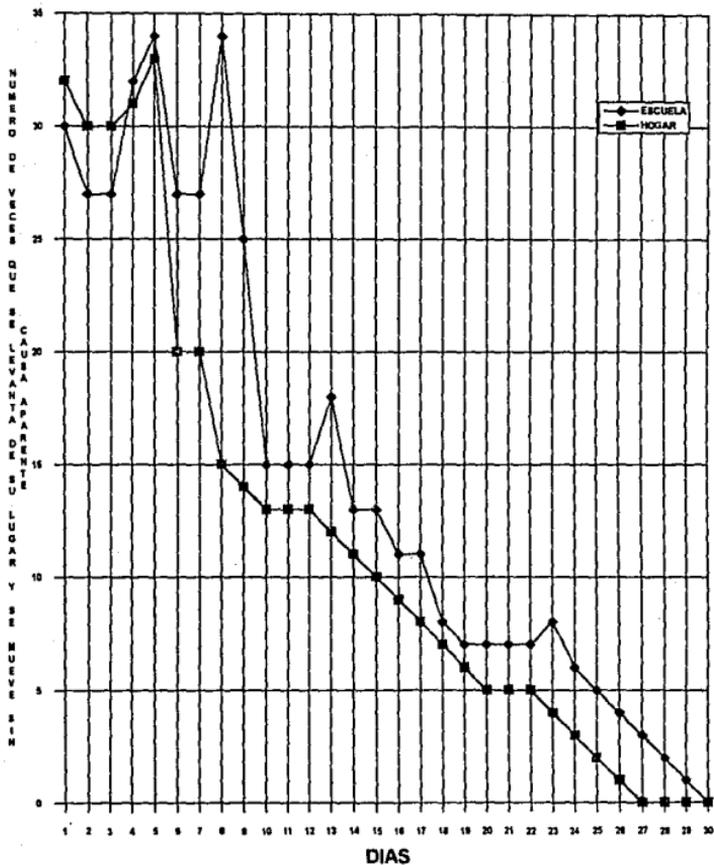
Del día 21 al 30 corresponden a la observación del pedagogo para comprobar la eficacia del programa utilizando basicamente reforzadores verbales y sociales.

En el caso de atención : del día 1 al 5 corresponden a la observación del pedagogo y padres de los niños para modificar las veces que los sujetos atendían las indicaciones y explicaciones de su maestra en la escuela y padres en el hogar. Y puede observarse en la gráfica que existía gran problema sobre todo en la escuela ya que era mínimo el número de veces que atendían.

Con la aplicación del programa para incrementar la atención, marcando en los días 6 al 20 se observa el éxito del programa en la escuela. (aunque en el hogar con el sujeto A tardó más en presentarse los buenos resultados)

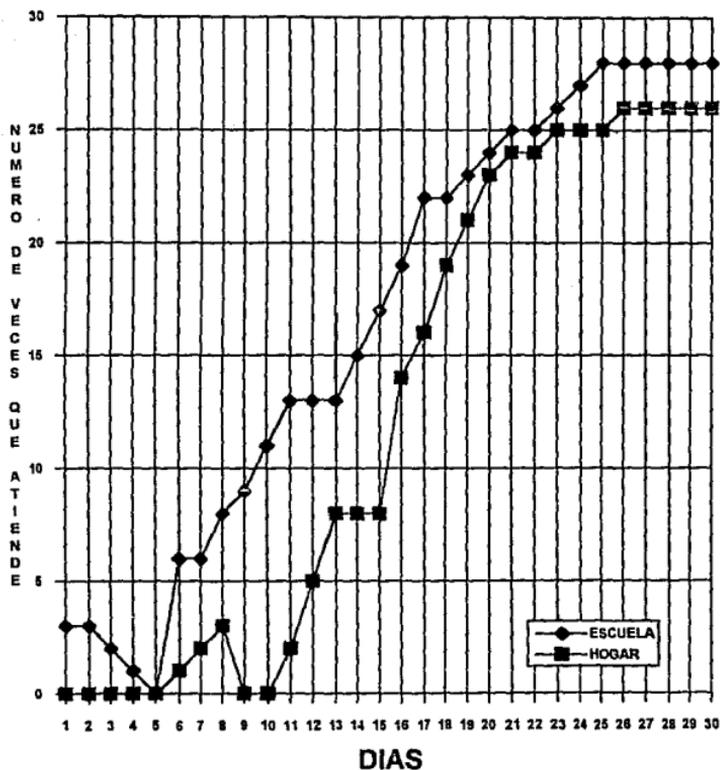
Del día 21 al 30 se realizó la observación, nuevamente, del pedagogo, para corroborar la eficacia del programa con la utilización de reforzadores verbales y sociales únicamente.

MOVIMIENTOS EXCESIVOS EN LA ESCUELA Y HOGAR SUJETO "A"



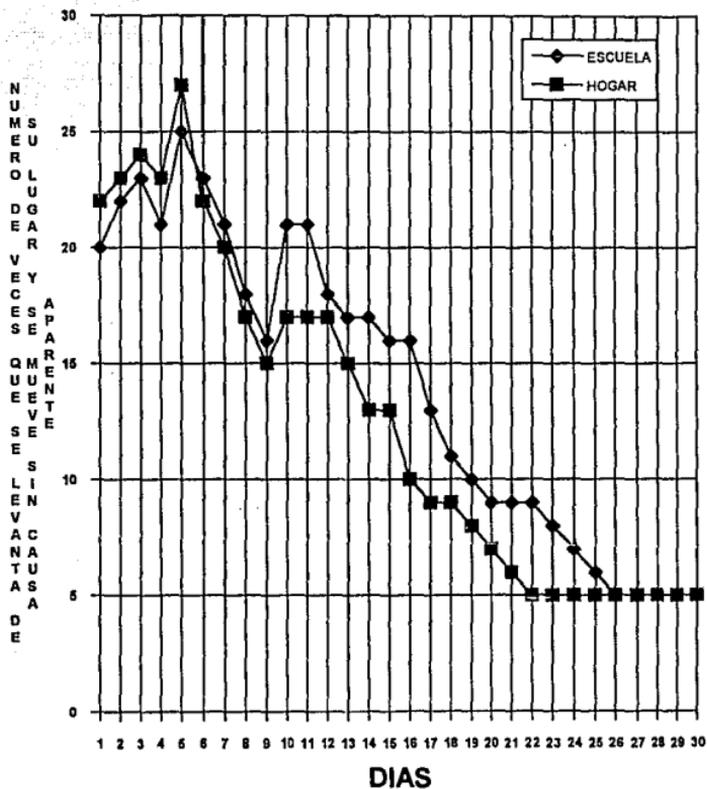
DÍA 1 AL 5 ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA
DÍA 6 AL 20 APLICACION DEL PROGRAMA
DÍA 21 AL 30 OBSERVACION AL TERMINO DEL PROGRAMA

ATENCIÓN EN LA ESCUELA Y HOGAR SUJETO "A"



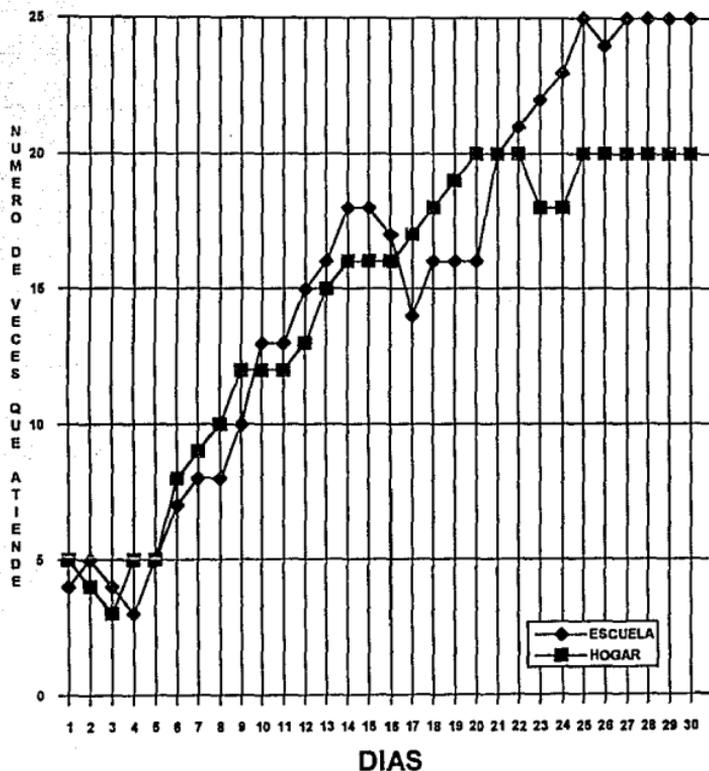
DIA 1 AL 6 ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA
DIA 6 AL 20 APLICACION DEL PROGRAMA
DIA 21 AL 30 OBSERVACION AL TERMINO DEL PROGRAMA

MOVIMIENTOS EXCESIVOS EN LA ESCUELA Y HOGAR SUJETO "B"



DIA 1 AL 5 ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA
 DIA 6 AL 20 APLICACION DEL PROGRAMA
 DIA 21 AL 30 OBSERVACION AL TERMINO DEL PROGRAMA

ATENCIÓN EN LA ESCUELA Y HOGAR SUJETO "B"



DIA 1 AL 5 ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA
 DIA 6 AL 20 APLICACION DEL PROGRAMA
 DIA 21 AL 30 OBSERVACION AL TERMINO DEL PROGRAMA

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO 3

1.- Ardilla, Ruben.

Psicología Experimental

Ed. Trillas.

2.- Becker, Wesley.

Los padres son maestros.

Ed. Trillas.

3.- Guigan, Mc.

Psicología experimental

Ed. Trillas.

4.- Herrier, Peter.

Psicología Básica.

Ed. C.E.C.S.A.

5- Rinn, Roger.

Paternidad positiva

Ed. Trillas.

CONCLUSIONES

La hiperactividad es considerada como enfermedad y confundida con hiperquinesia que es el síndrome (conjunto de síntomas) y ésta, es uno más de esos síntomas aunque puede presentarse como un síntoma aislado. Otro error es que los profesores no consideren la influencia de la sociedad actual en el comportamiento de los alumnos, ellos esperan sujetos pasivos, y el ritmo de vida, los medios de comunicación, especialmente la televisión, los juegos y hasta el lugar que habita, hacen que los niños, y no sólo ellos, actúen de acuerdo a ese ritmo de vida.

Cabe señalar que a pesar de que las profesoras se enfrentaban a un problema ya no individual, sino grupal; al iniciar el programa no se mostraron muy entusiastas, pensaban que era un trabajo extra que les quitaría tiempo de su clase, pero al desarrollar el programa se dieron cuenta de su error, pues los programas utilizados son sencillos de llevarse a cabo por el profesor de primaria, asesorado previamente por el pedagogo y es factible su utilización en grupos numerosos.

Consideramos que si el niño convive gran parte de su vida con los maestros, ellos también lo forman y debe ser con responsabilidad, buscando la causa del "mal comportamiento", en lugar de castigar. Es de vital importancia mencionar la motivación al grupo y de las maestras para obtener beneficios comunes. Con esto también logramos que las maestras

modificaran ciertos hábitos y costumbres en cuanto al trato del grupo, a la vez que ellas también se sintieran motivadas a colaborar con el programa.

Ahora bien, la forma de afrontar la problemática por parte de los padres del niño hiperactivo no es correcta ya que lo reprimen y deslindan responsabilidades ya sea al profesor o en este caso al pedagogo, quieren que ellos "curen" a su hijo sin cooperar. Esto porque consideran a su hijo como enfermo y por ello es también que no confían en métodos que no utilice fármacos.

Es necesario mencionar que los padres con los que se trabajó eran muy desconfiados, pues habían tratado a sus hijos otros especialistas y no obtuvieron buenos resultados.

Con la orientación que se les dió cambiaron sus expectativas, comprendieron que los fármacos dejan secuelas de consideración, y que era indispensable su cooperación en el tratamiento. Tomaron una actitud positiva, se dieron cuenta de sus errores como padres y cómo éstos habían afectado en el comportamiento de sus hijos.

Como rasgo común en los dos casos, nos percatamos que ambos padres trabajaban y convivían poco tiempo con sus hijos, no había buena comunicación y descargaban sus tensiones o cansancio con su hijo o en ocasiones le daban lo que pedía al niño, aunque su comportamiento no lo ameritaba, y como parecía no se ponían de acuerdo en la forma de educar a su hijo. Pero en el desarrollo del programa todas estas actitudes fueron

cambiando, hasta lograr un ambiente propicio para la eliminación de la hiperactividad, habiendo mayor comunicación en los miembros de la familia especialmente en la pareja, se crearon lazos afectivos más estrechos y para ello fue de gran ayuda la implementación de juegos con la participación de toda la familia.

Se utilizó el método de modificación de conducta, y con la aplicación de los programas logramos que los niños tratados disminuyeran los movimientos excesivos e incrementaran su atención, lo cual se dió gradualmente. Los niños quedaron en condiciones para recibir la información transmitida por la maestra y realizar la incorporación de conocimientos para el proceso enseñanza-aprendizaje, inclusive mejoraron sus calificaciones.

Los reforzadores materiales fueron disminuyendo paulatinamente, hasta lograr que el niño actuara utilizando solo el estímulo verbal, esto es lo llamado interiorización. Esto es, el niño aprendió a comportarse de manera diferente a la que acostumbraba, aunque ya no recibiera ningún estímulo material.

En relación a esto es necesario destacar que la modificación de conducta por condicionamiento, a pesar de ser criticada, en estos casos es el procedimiento que mayores beneficios aporta, en menos tiempo, ayuda a crear un ambiente familiar favorable, y sobre todo proporciona un cambio de conducta real.

Además podemos considerar al condicionamiento como una primera fase del aprendizaje, muchos de los aprendizajes que poseemos tuvieron como antecedente algún condicionamiento.

En el caso de la hiperactividad el niño presenta una serie de conductas indeseables obligadas por la hiperquinesia porque así lo aprendió, y de igual manera con el programa de modificación de conducta podemos estimularlo a adquirir conductas deseables.

El trabajo realizado requirió de una interdisciplinariedad de todos los inmiscuidos en la problemática coordinados por el pedagogo. Con ello observamos la necesidad de que exista un pedagogo en cada institución educativa para que colabore en la solución de este tipo de problemas y no se desligue y sea un caso aparte de la escuela, sino dar solución en su mismo ambiente donde presenta el problema.

La alternativa propuesta es de gran ayuda para el profesor de primaria al permitirle tener los elementos necesarios para detectar, evaluar y dar tratamiento a la hiperactividad, con la ayuda del pedagogo.

Para el profesor que tenga este caso de niños que presenten hiperactividad en su grupo y quiera mejorar su ambiente de trabajo, y sobre todo quiera ayudar a estos niños le servirá para casos semejantes como los expuestos, considerando que la hiperactividad pura puede controlarse como conducta y la hiperquinesia multidisciplinariamente.

Para finalizar tenemos que una de las tareas del pedagogo consiste en investigar problemáticas de la educación que interfieran en el proceso enseñanza-aprendizaje, y que en este caso fue la hiperactividad.

BIBLIOGRAFIA
GENERAL

BIBLIOGRAFIA GENERAL

Antología.

Sistemas de educación especial II.

UNAM, ENEP - Aragón.

395 Pp.

Ardila, Ruben.

Psicología Experimental.

Ed. Trillas, México, 1980.

162 Pp.

Becker, Wesley.

Los padres son maestros.

Ed. Trillas, México, 1991.

183 Pp.

Cruiskanhank, William.

El niño con daño cerebral.

Ed. Trillas, México, 1988.

326 Pp.

Galindo, Edgar y colaboradores.

Modificación de la conducta en la educación especial.

Diagnóstico y programas.

Ed. Trillas, México, 1987.

322 Pp.

Granell, Elena.

Aplicación de técnicas de modificación de conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural.

Ed. Trillas, México, 1979.

126 Pp.

Guigan, Mc.

Psicología experimental.

Ed. Trillas, México,

473 Pp.

Harvey F. Clarizio.

Transtornos de la conducta del niño.

Ed. Trillas, México, 1988.

120 Pp.

Herriot, Peter.

Psicología básica.

Ed. C.E.C.S.A., México, 1979.

171 Pp.

Renshaw, Domeena.

El niño hiperactivo.

Ed. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V., México, 1991.

136 Pp.

Ribes, Emilio.

Técnicas de modificación de conducta.

Ed. Trillas, México, 1972.

247 Pp.

Rinn, Roger, Allan Markle.

Paternidad positiva.

Ed. Trillas, México, 1988.

122 Pp.

Ross, Alan O.

Terapia de la conducta infantil.

Ed. Limusa, México, 1987.

514 Pp.

Uriarte, Victor.

Hiperquinesia.

Ed. Trillas, México, 1989.

304 Pp.

Velasco, Rafael.

El niño hiperquinético.

Ed. Trillas, México, 1976.

131 Pp.

**BIBLIOGRAFIA
COMPLEMENTARIA**

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

Amado, Georges.

La observación de los niños difíciles.

Ed. Narcea S.A., Madrid, 1971.

210 Pp.

Amado, Georges.

Los niños difíciles: su observación y readaptación

Ed. Planeta, México, 1976.

204 Pp.

Bandura, Albert.

Modificación de conductas: análisis de la agresión y la delincuencia.

Ed. Trillas, México, 1975.

347 Pp.

Barbaranne, Benjamín.

Un niño especial.

Ed. Trillas, México, 1988.

128 Pp.

Beley, André P.

Niños inestables.

Ed. Planeta, México, 1976.

166 Pp.

Bricklin, Patricia.

Causas psicológicas del bajo rendimiento escolar.

Ed. Morata, Madrid, 1983.

250 Pp.

Esperger, Hans.

Pedagogía curativa: introducción a la psicología infantil para uso de médicos, maestros, psicólogos, jueces y asistentes sociales.

Ed. Mirele, Barcelona, 1966.

300 Pp.

Fingerman, Gregorio.

Lecciones de psicología pedagógica infantil

Ed. Ateneo, México, 1986.

180 Pp.

García, Enrique.

El maestro y los métodos de enseñanza.

UNAM, México, 1972.

245 Pp.

González, Riobo.

Psicología y pedagogía terapéutica, psicodiagnóstico, test, formulario, objetivos y actuación pedagógica, formación del profesor especializado.

Ed. Morata, Madrid, 1966.

300 Pp.

Gordón, Ira.

Cómo estudiar al niño en la escuela.

Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976.

178 Pp.

Hammer, Emanuel.

Test proyectivos gráficos.

Ed. Paidós Mexicana, México, 1988.

397 Pp.

Hernández, Ricardo.

Deficientes cerebrales infantiles.

Ed. P. del Río, Madrid, 1977.

166 Pp.

Holland, J. G.

Análisis de la conducta.

Ed. Trillas, México, 1970.

395 Pp.

Loborit, Henry.

Introducción a una biología del comportamiento; la agresividad desviada.

Ed. Península, Barcelona, 1975.

365 Pp.

Martínez, Jovita.

Estudio de escolares con problemas de daño cerebral mínimo.

UNAM, México, 1984. (tesis)

104 Pp.

Quiros, Julio.

Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades del aprendizaje.

Ed. Trillas, México, 1980.

280 Pp.

Ramírez, Vilma.

Aspectos pedagógicos en niños con disfunción cerebral.

Ed. Roca, México, 1982.

230 Pp.

Sánchez, Gricelda.

Modificaciones de conductas problema por medio del establecimiento del repertorio de seguimiento de instrucciones.

UNAM, México, 1980. (tesis)

90 Pp.

Sánchez, Margarita.

La educación de la agresividad en los niños maternos.

UNAM, México, 1977. (tesis)

110 Pp.

Slavina, L. S.

Niños atrasados e indisciplinados.

Ed. Roca, México, 1979.

238 Pp.

A N E X O S

HISTORIA DE DESARROLLO (1)

FECHA:

NOMBRE DEL NIÑO:
FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:
SEXO DEL NIÑO:
NOMBRE DEL PADRE:
EDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:
ESCOLARIDAD:
OCUPACION:
EDO. CIVIL:
NOMBRE DE LA MADRE:
EDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:
ESCOLARIDAD:
OCUPACION:
EDO. CIVIL:
DIRECCION:
TELEFONO:
NOMBRE DE LA ESCUELA:
DIRECCION:
GRADO Y NOMBRE DEL MAESTRO:

A) COMPOSICION DE LA FAMILIA:

Hermanos:		
Nombre	Edad	Escolaridad

Otras personas que conviven habitualmente con el grupo familiar:			
Nombre	Relación de parentesco	Edad	Ocupación

B) ¿Cuáles son los problemas del niño que requieren de atención?

¿Desde cuándo existen esos problemas?

¿Hubo al comenzar éstos, algún suceso de significación que usted recuerde (por ejemplo muerte de un familiar, mudanza, nacimiento de un hermano, cambio de escuela, etc.)?

(1) TOMADO DE ; Elena Granell : Aplicación de Técnicas de Modificación de Conducta, para el Control de la Hiperactividad en el ambiente natural.

C) HISTORIA PRENATAL Y PERINATAL

a) Los padres esperaban un varón o una mujer:		
b) ¿Cuál fue el estado de ánimo de la madre durante el embarazo?		
c) Mencione si la madre tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? (por ej. convulsiones, infección de virus, rubéola, sangrado, etc.) Favor de especificar:		
Enfermedad	Tiempo de embarazo	Duración
d) ¿Recibió la madre alguna droga o inyección durante el embarazo?		
e) Hubo durante el embarazo: Molestias generales mareo vómito-náuseas principio de aborto aumento excesivo de peso (¿cuánto?) otros problemas (especificar)		
f) Tiempo de embarazo:		
g) Tiempo de trabajo de parto:		
h) Mencione el número total de embarazos (incluyendo abortos)		
i) Especifique si el parto fue: Normal Operación cesárea, porque Presentación de pie o nalgas otro Férceps o ventosas		
j) ¿Hubo anestesia? en caso afirmativo, favor de especificar de qué tipo :		
k) ¿Lloró enseguida de nacer?		
l) ¿Hubo succión espontánea?		
m) ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?		
n) ¿Hubo algún problema en el nacimiento del niño?		
o) ¿Fue necesario colocarlo en incubadora o hacer algún tratamiento inmediato al nacimiento? (oxígeno, cambio de sangre, etc.)		
p) ¿Tuvo el niño estremecimiento o convulsiones?		

D) HISTORIA DE DESARROLLO:

a) ¿Hubo lactancia materna?
b) ¿Hubo alguna reacción al cambio de leche materna a la artificial?
c) ¿Tuvo otitis repetidas, diarreas, problemas respiratorios?
d) ¿Hubo llanto nocturno reiterado?
e) ¿A qué edad se introdujeron los alimentos sólidos?
f) ¿Qué reacción hubo al cambio de alimentación? (ej. falta de apetito, llanto, rechazo, etc.)
g) ¿Hasta qué edad durmió en el cuarto de los padres?
h) ¿Uso chupón? ¿Hasta qué edad?
i) ¿A qué edad dijo sus primeras palabras?
j) ¿A qué edad comenzó a gatear?
k) ¿A qué edad comenzó a caminar?
l) ¿A qué edad comenzó a demostrar desconocimientos frente a los extraños?
m) ¿Tomó biberón? ¿Hasta qué edad?
n) Dejo de usar pañales: De día a los años De noche a los años
o) ¿Cuál fue el método seguido para enseñarle a controlar esfínteres? (control de sus funciones fisiológicas) ej.: regañarlo, premiarlo, etc.
p) Detalle cuáles son las enfermedades que ha sufrido el niño y el tratamiento de las mismas
q) ¿Ha sufrido operaciones? ¿De qué tipo?
r) ¿Ha tenido accidentes de consideración? Especifique si sufrió algún tipo de golpe en la cabeza y si estuvo inconciente
s) ¿Ha estado separado de sus padres alguna vez? (especificar cuánto tiempo)
t) ¿Ha habido alguien en la familia con problemas de aprendizaje? (dislexia, dificultades en la lectura, etc.) describirlo
u) ¿Ha habido alguien en la familia con retraso mental, desórdenes cerebrales, epilepsia o antecedentes de hospitalización por enfermedades mentales, (detalle el grado de parentesco y el tipo de evolución de la dolencia).

E) HISTORIA ESCOLAR

a) ¿Fue el niño a sección maternal? ¿Tuvo algún problema de conducta? Describalo.
b) ¿Fue el niño al jardín de niños? ¿Tuvo algún problema?
c) ¿Tuvo el niño algún problema de aprendizaje en el primer año? ¿Problemas de comportamiento? Describalos:
d) ¿Cómo es la relación con sus profesores?
e) ¿Concurre a la escuela voluntariamente o es necesario obligarlo?
f) ¿Hace sus deberes solo o tiene algún tipo de auxilio? especifique quién lo ayuda y en qué tipo de tareas.
g) ¿Tiene el niño algún tratamiento correctivo o tutorial? Si es así, mencione dónde y cuánto tiempo.
h) ¿Tiene problemas en la vista, de audición o de lenguaje? De ser así ¿Sigue algún tipo de tratamiento?

F) ESTADO ACTUAL DEL NIÑO

a) ¿Es un niño hiperactivo o desanimado?
b) ¿Cuál es la relación con: sus padres? sus hermanos? ¿Tiene preferencia por?
c) Describa sus actividades durante un día normal:
d) Describa sus actividades en un día feriado. (festivo o domingo)
e) ¿Es ordenado o desordenado?
f) ¿Tiene miedos? ¿A qué?
g) ¿Tiene conductas nerviosas o agresivas? ¿Podría describitas?
h) ¿Tiene amigos? De su edad mayores menores De su mismo sexo de ambos preferentemente del contrario
i) ¿Cuáles son sus juegos preferidos?
j) ¿Se golpea con frecuencia?
k) ¿Se le caen las cosas de las manos con frecuencia?
l) ¿Es diestro o zurdo?
m) ¿Tiene hábitos nerviosos? (ej. comerse las uñas)
n) ¿Tiene buen apetito?
o) ¿Duerme bien? En caso de no ser así, especifique las características de su sueño detallando si hay: pesadillas somniauco (si habla dormido) rechinado de dientes mientras duerme babeo de almohada estremecimientos ojos abiertos sonambulismo otros problemas ¿cuáles?
p) ¿Es constante o inconstante en sus actividades?
q) ¿Es fantasioso? (ej. inventa historias que narra como reales o ficticias)
r) ¿Tiene accesos de llanto repentino?
s) ¿Es obediente o desobediente?
¿Hay algo que usted desee agregar?

¿Se han notado algunos de los comportamientos siguientes?:

1) Lee demasiado cerca
2) Cierra un ojo
3) Se cubre algún ojo
4) Pierde el lugar mientras lee
5) Dificultad para copiar en el pizarrón
6) Se tropieza con objetos
7) Coordinación general pobre
8) Evita el trabajo muy de cerca
9) Achica los ojos o frunce el ceño
10) Tiene hiperactividad o irritabilidad
11) Se fatiga después de haber trabajado con algo demasiado cerca
12) Desviación hacia fuera o dentro de algún ojo
13) Le han hecho algún estudio o examen de cualquier tipo (especificar)

En caso de afirmación anotar el diagnóstico otorgado.

14) Comentarios del examinador

Nombre de la persona que llenó esta solicitud:
Parentesco con el niño:
Firma del examinador

ENTREVISTA AL NIÑO (2)

I. DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre del niño	
Edad actual	Sexo
Domicilio	
Grado escolar que cursa	
Nombre de la escuela	

II. DATOS FAMILIARES.

Nombre del padre	
Ocupación	
Nombre de la madre	
Ocupación	

III. EXPLORACION DE REFUERZOS.

¿Qué haces en tu casa cuando no estás haciendo la tarea?
¿Tienes amigos? si no ¿cómo se llaman?
¿Cuándo los ves?
¿Qué haces cuando estás con ellos?
¿Qué haces con tus papás cuando estás en tu casa?
¿Tus papás juegan contigo? si no ¿por qué?
¿Te gusta que jueguen contigo? si no ¿por qué?
¿Tienes juguetes? si no ¿cómo son?
¿Qué te gustaría hacer cuando no estás en la escuela?
¿Qué te gustaría hacer con tus papás los fines de semana?
¿Te gusta cómo te tratan tus papás en tu casa? si no ¿por qué?
¿Te gusta cómo te tratan tus hermanos? si no ¿por qué?
¿Te gusta cómo te trata tu maestro? si no ¿por qué?
¿Qué es lo que más te gusta de los adultos?
¿Qué es lo que más te gusta de los niños?

IV. PERCEPCION SOBRE SU PROPIA CONDUCTA

¿Cómo te portas en tu casa?
¿Por qué?
¿Qué es lo que hacen tus papás cuando te portas así?
¿Cómo te sientes cuando te tratan así?
¿Cómo te portas en la escuela?
¿Por qué?
¿Qué hace la maestra cuando te portas así?

V. ESPECTATIVAS DEL NIÑO

¿Te gustaría que tus padres te ayudaran a portarte bien?
¿Por qué?
¿Qué podrías hacer para portarte bien en tu casa?

(2) TOMADO DE: Eleno Granell: Aplicación de Técnicas de Modificación de Conducta, para el Control de la Hiperactividad en el ambiente natural.

ENCUESTA PARA LA MAESTRA (3)

Nombre del alumno		
Nombre de la maestra		
Nombre de la escuela		
Grado	Grupo	Edad

	Un poco Bastante Mucho
Haciendo las tareas escolares	
1) Se levanta y se sienta sin motivo	
2) Se agita y se mueve sin necesidad	
3) Manipula objetos o su propio cuerpo	
4) Habla incesantemente	
5) Requiere atención o supervisión de adultos	
6) Dificultades para mantenerse concentrado en la tarea	
7) Se distrae con facilidad Juego	
8) Inhabilidad para juegos tranquilos	
9) Cambio constante de actividad	
10) Busca su atención	
11) Habla excesivamente	
12) Interrumpe el juego de los demás	
Conducta en la escuela	
13) Se levanta con frecuencia de su asiento	
14) Se distrae con facilidad	
15) Dificultad para concentrarse en las cosas	
16) La interrumpe	
17) Interrumpe a otros niños	
18) Busca llamar su atención constantemente	

(3) TOMADO DE: Elena Granell : Aplicación de Técnicas de Modificación de Conducta, para el Control de la Hiperactividad en el ambiente natural.

ENCUESTA PARA SELECCIONAR REFORZAMIENTOS (4)

Fecha	Contestada por
Señale con una X las cosas, objetos, actividades o experiencias que según su criterio le gusten o le causen placer a Añada las especificaciones de las mismas en caso necesario, en el espacio libre.	

	Nada	Normal	Mucho	Muchísimo
Comidas:				
Helados				
Caramelos				
Frutas				
Chocolates				
Chicles				
Galletas				
Otras:				
Bebidas:				
Agua				
Leche				
Refrescos				
Café				
Otras:				
Artes y manualidades:				
Dibujar				
Pintar				
Recortar				
Otras:				
Lecturas:				
Aventuras				
Misterios				
Viajes				
Humorísticas				
Otras:				
Deportes:				
Fútbol				
Beisbol				
Basketbol				
Natación				
Tenis				
Judo o karate				
Otras:				
Alabanzas (sobre):				
Su apariencia				
Su trabajo				
Su entretenimiento				
Otras:				

(4) TOMADO DE ; Elena Groneil : Aplicación de Técnicas de Modificación de Conducta, para el Control de la Hiperactividad en el ambiente natural.

ENCUESTA PARA LOS PADRES (5)

	No	Un poco	Bastante	Mucho
I. Durante las comidas:				
1.-Se levanta y se sienta a la mesa sin motivo.				
2.-Interrumpe sin consideración a los demás.				
3.-Se agita y se mueve en la silla.				
4.-Manosea las cosas.				
5.-Habla en exceso.				
II. Televisión:				
6.-Se levanta y se mueve constantemente.				
7.-Manipula objetos o su propio cuerpo.				
8.-Habla incesantemente.				
9.-Interrumpe a los demás.				
10.-Se distrae con facilidad.				
III. Haciendo las tareas escolares:				
11.-Se levanta y se sienta sin motivo.				
12.-Se agita y se mueve sin necesidad.				
13.-Manipula objetos o su propio cuerpo.				
14.-Habla incesantemente.				
15.-Requiere atención o supervisión de adultos.				
16.-Dificultades para mantenerse concentrado.				
17.-Se distrae con facilidad.				

(5) TOMADO DE: Elena Granel: Aplicación de Técnicas de Modificación de Conducta, para el Control de la Hiperactividad en el ambiente natural.

LISTA DE SINTOMAS (6)

	No	Poco	Mucho
1.-Desobediente.			
2.-Agresivo.			
3.-Destructor.			
4.-Impetuoso.			
5.-Pelea.			
6.-Busca llamar la atención.			
7.-Inquieto.			
8.-Negativista.			
9.-Impertinente.			
10.-Irritable.			
11.-Rabieta.			
12.-Hiperquinesia.			
13.-Celos.			
14.-No cooperativo.			
15.-Distractibilidad.			
16.-Irresponsabilidad.			
17.-No atiende.			
18.-Flojo en la escuela.			
19.-Atención fácilmente perturbada.			
20.-Le disgusta la escuela.			
21.-Nervioso.			
22.-Succión del pulgar.			
23.-Pesadillas.			
24.-Enuresis.			
25.-Sentimiento de inferioridad.			
26.-Inseguro de sí mismo.			
27.-Retraído socialmente.			
28.-Tímido.			
29.-Ansioso.			
30.-Alertado.			
31.-Inhabilidad para divertirse.			
32.-depresión.			
33.-Reservado.			
34.-Hipersensible.			
35.-Somnolento.			
36.-Cauteloso.			
37.-Preocupado.			
38.-Falta de interés por el ambiente.			
39.-Torpeza.			
40.-Sueña despierto. (soñador)			
41.-Tensión.			
42.-Sugestionable.			
43.-Llanto.			
44.-Miedos específicos.			
45.-Tartamudez.			
46.-Dolores de cabeza.			
47.-Náusea.			
48.-Fuga de la escuela.			
49.-Dolor de estómago.			
50.-Prefiere compañeros de juego mayores a él.			
51.-Masturbación.			
52.-Otros (especificar).			

(6) TOWADO DE ; Elena Granell ; Aplicación de Técnicas de Modificación de Conducta, para el Control de la Hiperactividad en el ambiente natural.

LISTA DE CHEQUEO (7)

ATENCION	
I. Atención a objetos próximos.	
a) Señálese, tocándolos, cuatro partes diferentes de la mesa o mueble sobre el que se está trabajando. (instrucción: "mira aquí", palma si atiende, tache de lo contrario)	
Respuesta	Observaciones
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
b) Señálese, tocándolos, cuatro diferentes objetos que se hallen sobre la mesa (instrucción: "mira aquí", palma si atiende, tache de lo contrario)	
Respuesta	Observaciones
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
c) Señálese, tocándolas las siguientes partes de la cara del evaluador: (instrucción "mira aquí", palma si atiende, tache de lo contrario)	
Respuesta	Observaciones
1.- oreja	
2.- boca	
3.- nariz	
4.- ojos	
II. Atención a objetos distantes.	
Señálese con el dedo diez objetos que se hallen en el cuarto, variando la posición de éstos con respecto al sujeto: izquierda, derecha, arriba, abajo, atrás, adelante. El objeto señalado puede nombrarse, por ejemplo: "mira el calendario", "mira el foco", etc.	
(palma si atiende, de lo contrario tache)	
Respuestas	Observaciones
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
III. Atención al examinador.	
Constata en que el sujeto haga contacto visual con el evaluador cuando este lo llame por su nombre.	
A lo largo de la evaluación, por lo menos en tres ocasiones, se le debe llamar y anotar si ocurre o no el contacto.	
Atiende	No atiende
1.-	
2.-	
3.-	

IMITACION

Antes de iniciar la presentación de los estímulos, debe instruirse al niño en lo que se quiere que haga: "haz lo mismo que yo voy hacer", o "repite lo que yo haga". En caso de que no haya respuesta al primer intento, debe darse la instrucción antes de presentar el reactivo por segunda vez. Se anotar falla si tampoco en la segunda ocasión se obtiene respuesta imitativa.

Para que una respuesta se considere imitativa dentro de los siguientes cinco segundos a la presentación del estímulo y ser semejante a éste:

Conductas por imitar:

- 1.- Levantar el brazo izquierdo hacia arriba.
- 2.- Levantar el brazo derecho hacia arriba.
- 3.- Levantar ambos brazos hacia arriba.
- 4.- Levantar el brazo izquierdo hacia un lado.
- 5.- Levantar el brazo derecho hacia un lado.
- 6.- Levantar ambos brazos hacia los lados.
- 7.- Sentarse.
- 8.- Pararse.
- 9.- Aplaudir.
- 10.- Tocarse la cabeza con la mano.
- 11.- Tocarse la nariz con la mano derecha.
- 12.- Tocarse la oreja con la mano derecha.
- 13.- Tocarse la boca con la mano derecha.
- 14.- tocarse el hombro con la mano derecha.
- 15.- Tocarse la pierna con la mano derecha.

Observaciones:

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES:

Antes de iniciar la evaluación debe instruirse al sujeto en lo que se quiere que haga: "haz lo que te voy a decir".

Cada instrucción se le presenta dos veces, con un intervalo de diez segundos entre las presentaciones.

Se toma: la respuesta como correcta si ocurre dentro de los siguientes cinco segundos a la presentación del reactivo.

Es posible alterar el orden en que las instrucciones se presentan. De modo que no se le pida sentarse a alguien que ya lo está. Esta posibilidad puede presentarse cuando el evaluador decide saltarse algunos reactivos por haber comprobado con anterioridad su correcta ejecución.

Instrucciones que deben seguirse:

- 1.- Vete de allá (señalándole algún lugar)
- 2.- Abre la puerta.
- 3.- Trae eso (cualquier objeto)
- 4.- Deja eso (cualquier objeto)
- 5.- Ven aquí.
- 6.- Siéntate aquí.
- 7.- Míre allá (señalando cualquier lugar)
- 8.- Abre la boca.
- 9.- No te muevas.
- 10.- Toma el lápiz.
- 11.- Párate.
- 12.- Cierra la puerta.
- 13.- Apáchate.
- 14.- No (refiriéndose a cualquier acción que está realizando)