

43
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ACATLAN

**EL SINDROME HIPERQUINETICO EN LAS ESCUELAS PRIMARIAS :
DOCUMENTO PSICOPEDAGOGICO EN APOYO AL DOCENTE**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LIC. EN PEDAGOGIA

P R E S E N T A :

LAURA SANDOVAL MARTINEZ

ACATLAN, EDO. DE MEXICO

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A ti Señor, a Luis Felipe, a mis padres y hermanos y a todas las personas que me apoyaron durante la realización de este trabajo.

ÍNDICE

	Página
Introducción	1
Capítulo 1 Aspectos Generales del Síndrome Hiperquinético.	
1.1 Concepto	4
1.2 Antecedentes Históricos del Síndrome Hiperquinético	8
1.3 Etiología	15
1.4 Características	20
1.5 Diagnóstico	23
1.6 Tratamiento	30
Capítulo 2 El Síndrome Hiperquinético y la Escuela	
2.1 Características Generales del Síndrome Hiperquinético	39
2.2 El Maestro y el Niño Hiperquinético	59
2.3 El Niño Hiperquinético y sus compañeros	66
Capítulo 3 Propuesta Psicopedagógica para la Difusión de Información Básica del Síndrome Hiperquinético Dirigido a los Maestros de Educación Primaria.	68
Conclusiones	81
Glosario	85
Bibliografía	87

INTRODUCCIÓN

El interés por abordar la problemática implícita en el niño con Síndrome Hiperquinético y en especial la necesidad de hacer consciente al docente de educación primaria de su importante papel ante un caso de esta naturaleza, han sido los elementos que propiciaron la realización del presente trabajo.

El Síndrome Hiperquinético se presenta en los niños en edad escolar en un 3 a 5 %, según las investigaciones del Dr. Uriarte en México; sin embargo, dicho problema puede pasar inadvertido como una enfermedad, debido al desconocimiento de su existencia por parte de los maestros, quienes al igual que los padres, califican al niño con dicho trastorno, como "mal educado", rebelde o desobediente, debido a las características que distinguen al Síndrome Hiperquinético como tal.

Es importante señalar, que, de no proporcionar al niño la atención oportuna, las características que lo distinguen propiciarán en forma general problemas severos en la familia y en la escuela, sin olvidar los de su personalidad.

En dicho contexto, en el presente trabajo de investigación bibliográfica se procuró abordar los aspectos generales en torno a este niño, a través del contenido que se describe a continuación:

En el primer capítulo, se intenta proporcionar los aspectos generales del Síndrome Hiperquinético, desde su historia, concepto, causas, características, diagnóstico y tratamiento.

El segundo capítulo aborda específicamente las diversas características que distinguen al síndrome en estudio como tal, haciendo hincapié en las manifestaciones de dicho trastorno que repercuten en la vida escolar del niño, perjudicando su adecuado desarrollo académico.

Finalmente, el último capítulo presenta la propuesta del documento psicopedagógico (folleto), dirigido al maestro de educación primaria. Cabe señalar que tal propuesta, podría ubicarse (sin mayores pretensiones) en el nivel preventivo, ya que fundamentalmente se intenta en un primer momento proporcionar al docente información general y clara respecto a los elementos teóricos que le permitan conocer las características que distinguen al niño con el síndrome en estudio.

Dicha información permitirá al docente (en la medida de lo posible), sospechar, y en su caso canalizar al niño, apoyando y comprendiendo a su

alumno, sin olvidar la ayuda que pueden brindar al maestro los especialistas involucrados.

Asimismo, podría ubicarse en el presente trabajo, la labor del pedagogo en particular dentro del campo de la Psicopedagogía, en donde independientemente de su labor directa con el alumno, o la labor directa con los padres a través de pláticas (posibles temas de otros trabajos de investigación), el pedagogo en un primer momento informe al docente y lo apoye a través del documento elaborado especialmente para éste.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL SÍNDROME HIPERQUINÉTICO

1.1 CONCEPTO

El concepto actual del Síndrome Hiperquinético ha ido evolucionando a través del tiempo, los intentos por aportar un término preciso o adecuado han dependido de la forma de concebir la etiología, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de su patología, lo cual se desarrollará en el presente trabajo. Tal situación puede verse reflejada en el hecho de que los interesados en su estudio se han referido a dicho síndrome con una serie de denominaciones diferentes: Rosenthal¹ considera que han sido más de 80 diferentes términos. Los más conocidos son "parálisis cerebral", "trastorno postencefálico", "daño cerebral mínimo", "disfunción cerebral mínima", "hiperquinesia infantil", "trastornos en el aprendizaje", "hiperactividad infantil" entre muchos otros. De dichas concepciones "daño cerebral mínimo"

¹ Uriarte, Víctor. Hiperquinesia. México: Trillas, 1989, pág. 24.

se ha empleado en dos diferentes direcciones: al referirse a la destrucción neuronal y para referirse al síndrome en cuestión.

Sin embargo, cuando se diagnosticaba a los niños de "daño cerebral", se afirmaba que éstos presentaban una lesión cerebral, daño que no podía demostrarse, lo que desencadenó reacciones negativas entre los padres de dichos niños, pues el concepto de "daño cerebral" se relacionaba directamente con Retraso Mental.

Algunos neurólogos, como Clements y Peters, recomendaron el empleo del término Disfunción Cerebral Mínima (DCM), con lo que se pretendía negar ese supuesto daño neuronal; así, al emplear el término DCM se intentaba explicar que el cerebro estaba funcionando en forma subóptima, con resultados que iban desde un comportamiento con desviaciones ligeras hasta casos limítrofes. Tal término se concebía como un "cuadro clínico que se presenta en ciertos niños cuya inteligencia es normal...con trastornos en el aprendizaje y la conducta de intensidad variable...se asocia a desviaciones en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Estas desviaciones se pueden expresar por trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, control de impulsos o de la función motora..."²

² Calderón González, Raúl. El Niño con Disfunción Cerebral. México: Limusa, 1990, pág. 16

La ambigüedad del término DCM suscitó que se recomendara no emplear el mismo como término diagnóstico, dado que tendía a ser engañoso. Como se explicará más adelante el Síndrome Hiperquinético es resultado de dicho funcionamiento subóptimo del cerebro

Es importante señalar que con frecuencia se emplean algunos de los términos ya descritos como sinónimos, lo que ha generado confusión y una mayor complejidad en el entendimiento de la patología; tal es el caso del empleo del término "Hiperquinesia" e "Hiperactividad". Para aclarar este punto, se debe especificar que, dada la evolución y estado actual de esta patología, la Hiperactividad es un signo más del Síndrome Hiperquinético. A fin de entender esta relación se debe especificar lo que se entiende por síndrome, síntoma y signo. Para Taylor³, un Síndrome es "...un grupo de síntomas y signos que predicen aspectos importantes acerca de las causas o las consecuencias que pueden tener para quienes lo padecen...". En relación con lo que se entenderá por Signo y Síntoma en el presente trabajo se hará referencia a lo que plantea Rafael Velasco Fernández al respecto.

Signos. son los indicios de trastornos físicos, que a diferencia de los síntomas, se recogen por la exploración (o estudios de gabinete) y no mediante el interrogatorio. Síntomas. son los indicios habitualmente comunicados en forma verbal por el paciente, de un trastorno patológico. Se

³ Taylor, Eric A. El Niño Hiperactivo Barcelona: Martínez Roca, 1991, pág. 35.

puede agregar en este punto que ambos deben aportar elementos necesarios para emitir un diagnóstico.⁴

Debido a que el Síndrome Hiperquinético cumple con tales requisitos al presentar una serie de signos y síntomas específicos (aspectos que se señalarán más adelante), formando un cuadro característico, en el presente trabajo se señalará a la patología de que se trata, como Síndrome Hiperquinético; entendiéndolo éste como "el trastorno que se caracteriza por la presencia de hiperactividad, impulsividad, falta de atención, y una serie de conductas socialmente inaceptables como la desobediencia, agresión [o incompreensión de normas] entre otras".⁵

Las ventajas de las que se puede hablar cuando se emplea el término *Síndrome Hiperquinético* son:

- Al referirse a Síndrome Hiperquinético se puede señalar una posible etiología y proporcionar un diagnóstico y tratamiento a partir de tal etiología, así como un pronóstico; aspectos que se describirán a lo largo del presente capítulo.

- A diferencia de lo que sucedió con el empleo de los términos Daño Cerebral y Disfunción Cerebral Mínima; Síndrome Hiperquinético no sugiere

⁴ Velasco Fernández, Rafael. El Niño Hiperquinético. 3a. edición; México: Trillas, 1990, pág.40.

⁵ Brambila Bolaños, et al. Desórdenes con Déficit de la Atención. El Niño Hiperquinético. en Revista de la Facultad de Medicina UNAM,. Vol XXVII, Año 27, No. 3, 1984; pág. 107.

necesariamente la existencia de un cierto grado de lesión cerebral y por lo tanto no se relaciona esta patología con retraso mental.

- Síndrome Hiperquinético puede reconocerse entre la población docente del nivel primario, e incluso este término ha sido empleado por dicha población, por lo que de acuerdo con el objetivo principal de este trabajo se considera el más adecuado.

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ESTUDIO DEL SÍNDROME HIPERQUINÉTICO

Al intentar abordar los antecedentes del estudio del Síndrome Hiperquinético, es importante mencionar que la patología de la que se tratará llamaba ya la atención de diversos investigadores desde la primera década del presente siglo.

En 1902, Sir George Frederic Still (pediatra y profesor de enfermedades infantiles, conocido por sus descripciones de la Artritis Reumatoidea Infantil, llamada enfermedad de Still), aporta con sus investigaciones elementos importantes del origen del actual concepto del Síndrome Hiperquinético. En un ciclo de conferencias en Londres analizó los casos de 20 niños, quienes eran extraordinariamente parecidos al niño hiperquinético actual; las características que presentaban eran: violencia,

travesura sin motivo, destrucción, insensibilidad al castigo, nervios, inquietud, falta de atención causante del fracaso escolar, incluso en ausencia de déficit intelectual. Al describir a estos niños como indiferentes a las órdenes y a la autoridad, Still trató de explicar los defectos del control moral que aquéllos presentaban. Consideraba que tales conductas eran resultado de una interacción entre una predisposición heredada y una disfunción cerebral mínima que actuaba sobre una facultad humana (control moral) esencialmente heredada.

En 1918, también en Inglaterra, al aparecer la epidemia conocida como **Encefalitis Letárgica**, misma que tuvo su mayor incidencia en 1924, Hofman y Ebaugh concluyeron que las consecuencias conductuales graves que dejaba la enfermedad no eran frecuentes; sin embargo, la población afectada por dicha enfermedad mostraba con cierta frecuencia síntomas de Disfunción Cerebral Grave, que incluía incontinencia de esfínteres, exhibicionismo, sobreactividad, **hipersomnia** y reacción histérica con una afección cerebral grave.

En 1934, Kahn y Cohen describieron a tres pacientes cuyo estado clínico se caracterizaba por la existencia de hiperquinesia, incapacidad para permanecer quietos y torpeza involuntaria. Consideraba que todos los síntomas eran secundarios con respecto a la anomalía conductual: hiperactividad, misma que describían como resultado de una impulsividad orgánica o de un exceso de impulsos internos. Tales autores sugirieron que

la hiperactividad era resultado de una anomalía en la organización del tallo cerebral causada por un trauma o bien de una lesión en el parto. Se refirieron a este síndrome como "Orgánico Cerebral."⁶

En 1937, Charles Bradley, que trabajó con niños que, como consecuencia de Encefalitis, presentaban una conducta intratable y diversos problemas físicos, descubrió los efectos terapéuticos de las anfetaminas, corroborando con ello la hipotética base neurológica de la hiperquinesia. Bradley recibió la influencia de quienes habían difundido la idea de que las anomalías del Sistema Nervioso Central podían ser responsables de las dificultades conductuales de los niños (Kahn y Cohen). Así, comenzó administrando Bencedrina a los niños que padecían frecuentes dolores de cabeza como resultado de los **estudios neumoencefalográficos**, pues consideraba que con ello tales niños aliviarían su padecimiento; sin embargo, aunque no lo consiguió, observó una mejoría en el rendimiento escolar y una conducta dócil. Como se puede observar, Bradley, sin proponérselo, aporta un avance importante en el tratamiento farmacológico del síndrome de que se trata, tratamiento que en la actualidad es relevante, siempre que sea correctamente administrado por el profesional adecuado, en este caso el médico especialista.

⁶ Padró Torres, Sandra y Portillo Aldrett, Martha. Tesis Propuesta de un Programa de Apoyo Psicopedagógico para niños con Síndrome Hiperquinético atendidos en un Centro de Salud de Zona Suburbana. ENEP-ACATLAN, 1989, pág. 10.

Durante la década de 1940 a 1950, Strauss y Lehtinen proporcionaron un apoyo especial a la etiología orgánica de la hiperquinesia y a la influencia que tuvo en la práctica educativa. Se les consideró pioneros de la Neuropsicología por exponer la psicopatología del niño con Daño Cerebral y sus procedimientos correctivos psicopedagógicos. Hasta antes de que Strauss realizara sus investigaciones, la teoría acerca del retraso intelectual agrupaba a los niños con retraso mental y con problemas de conducta afectados de algún trauma neurológico, con aquéllos cuyo déficit no estaba asociado a trauma alguno, sino que era hereditario. Dicho autor propuso dividir a los niños con los que trabajaba en dos categorías: el grupo endógeno y el grupo exógeno; en el primero, las historias de los niños no revelaban ninguna evidencia de lesión física, pero sí presentaban antecedentes familiares de deficiencia mental. En el segundo grupo (exógeno), se encontraban los niños que presentaban algún tipo de lesión física ocasionada por una herida o por un proceso inflamatorio en el SNC, pero sin antecedentes de deficiencia mental en su familia próxima. Tales grupos observaron diferencia en cuanto a conductas y capacidad de aprendizaje: el grupo exógeno no obtenía provecho del programa educativo, eran niños parlanchines, distraídos, nerviosos, inquietos, desinhibidos, excesivamente activos y provocadores, además de que presentaban problemas de déficit de atención. Strauss y sus colaboradores propusieron determinar la naturaleza del déficit del niño con lesión cerebral y desarrollar la adecuada prescripción educativa. El niño del grupo exógeno, también

presentaba dificultades conductuales y perceptuales. Consideró Strauss que muchos aspectos de los patrones de conducta de los individuos eran innatos y específicos de la especie, sin embargo, en los individuos con lesión cerebral estos mecanismos eran provocados por un estímulo interior que producía una actividad más violenta. Relacionó la lesión cerebral con una clase específica de trastorno de la conducta como consecuencia de dicha lesión. Strauss consideró la conducta del niño y la ausencia de antecedentes familiares con retraso intelectual, como elementos fundamentales y característicos para identificar la lesión cerebral en los niños. Se puede señalar en este punto que en el cuadro estudiado por Strauss, la hiperactividad significaba Lesión Cerebral, con lo que se atribuía al síndrome un origen totalmente orgánico.

Tredgold en 1952, (especialista en deficiencia mental en Inglaterra), se interesó por las causas y el tratamiento posible de problemas sociales tales como el alcoholismo, fracaso escolar y pobreza, a los cuales se les relacionaba con déficit intelectual heredado y describió a cierta población en forma muy parecida a los niños hiperquinéticos actuales. Los niños que llamaron su atención presentaban signos neurológicos menores, insuficiente desarrollo de la coordinación, un excesivo nivel de actividad, falta de atención y distracción. Consideraba que dicha población, aún teniendo las condiciones favorables para un adecuado desarrollo y comportamiento social, presentaban una conducta provocadora, delincuente y antisocial aún no siendo deficientes mentales. Tredgold señaló que el Síndrome de Déficit

Moral -como lo llamó- era una forma de deficiencia mental causada por anomalías en los niveles superiores del cerebro. Descartó la posibilidad de que la Deficiencia Mental estuviese determinada por factores ambientales.

Outeden (1955), comenzó a utilizar el término de Síndrome Hiperquinético para referirse a la población que se estudia en este trabajo.

Pasamanick, en 1956, quien tuvo una gran influencia en el estudio del niño hiperquinético, confirmó la relación entre la hiperquinesia y la afección cerebral; además intentó demostrar la existencia de una fuerte relación entre enfermedades maternas y del feto, con posteriores problemas conductuales, físicos y educacionales.

En 1961, William Cruickshank utilizó el término de Daño Cerebral para referirse a los niños con características como la distracción, desinhibición motora, perturbación en las relaciones figura-fondo, perseverancia, falta de un concepto de sí mismo y una imagen corporal poco desarrollada; dicho autor también daba una explicación orgánica al cuadro ya descrito.

En 1963, los neurólogos Clements y Peters recomendaron que el término Daño Cerebral Mínimo fuese desplazado por "Disfunción Cerebral

Mínima"⁷ ya que el primero aseguraba la existencia de lesión cerebral en los niños, lo que se relacionaba directamente con Retraso Mental. El término Disfunción Cerebral Mínima (DCM), por su parte, también tuvo que enfrentar problemas, sobre todo de ambigüedad, ya que aunque no aseguraba la existencia de dicha lesión, bajo este término podrían designarse muchos tipos de trastornos, tales como neurosis, psicosis, epilepsia, dislexia, etc; es por ello que actualmente no se recomienda su empleo como término diagnóstico.

En este contexto podemos observar que la mayor parte de los antecedentes que se conocen respecto al estudio del Síndrome Hiperquinético corresponden a investigaciones en donde se consolidó el concepto de un síndrome conductual específico, sobre una base de lesión cerebral leve y a menudo no localizada; sin embargo, cabe señalar que también existían psiquiatras que no estaban de acuerdo con una explicación solamente de origen orgánico con las consecuencias ya descritas, sino que atribuían a factores sociales el origen de dicho síndrome, tal es el caso de Timme 1931 y de Childers 1935.⁸

Hasta 1980 la American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) propone el empleo del término "*Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad*" para referirse al

⁷ Uriarte, Víctor. op cit; pág. 24

⁸ Taylor, Eric. op cit; pág. 35

síndrome de que se trata; describiendo a la población afectada con las siguientes características:" presencia de sobreactividad, impulsividad, falta de atención aún cuando el niño tenga inteligencia normal, aunadas a una serie de conductas socialmente inaceptables, como la desobediencia o la agresividad entre otras."⁹

Es importante señalar que cuando se define al síndrome que ahora nos ocupa como Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad, la falta de atención se ubica como la característica principal de esta patología, cabe agregar que el DSM-III también menciona el Trastorno con Déficit de la Atención sin Hiperactividad, (trastorno diferente a lo que en este trabajo se denominará Síndrome Hiperquinético).

El término Síndrome Hiperquinético será utilizado a lo largo del presente trabajo para referirse al cuadro que se presenta en estos niños, por las razones que ya hemos abordado.

1.3 ETIOLOGÍA

En la actualidad aún no está totalmente establecida la etiología del Síndrome Hiperquinético, a través de las diferentes investigaciones que han

⁹ Brambila, op cit; pág. 107

abordado su estudio se puede señalar que existen diversas tendencias que explican el origen de esta patología. Una de ellas (sustentada por Still, Strauss, Cruickshank entre otros) es la que considera que tiene un origen orgánico y la otra es aquella que considera que son los factores ambientales y sociales (resultado de ambientes caóticos y desorganizados) los responsables.

Sobre la base de que el Síndrome Hiperquinético es resultado de factores orgánicos, Nelson¹⁰ considera que "...el Síndrome Hiperquinético se atribuye a factores genéticos, gestacionales, riesgo de prematuridad, complicaciones durante la gestación, anoxias o traumas obstétricos...". En el presente trabajo se considerará que tal síndrome es resultado de factores orgánicos; lo anterior debido a que existe mayores evidencias de que el funcionamiento subóptimo del cerebro, que tiene como consecuencias la sintomatología característica del niño hiperquinético, es resultado de dichos factores.

Por otro lado, es necesario distinguir la diferencia terminológica que se emplea al referirnos a la patología de que se trata, al hablar de Hiperactividad e Hiperquinesia (este último engloba en este caso al primero).

¹⁰ Nelson Waldo, E. y Vaughan, V. Tratado de Pediatría, México: Interamericana/Mc Graw Hill; pág. 66

Factores Orgánicos.

De acuerdo a las clasificación del Dr. Rafael Velasco¹¹ las causas orgánicas más frecuentes y responsables del Síndrome Hiperquinético, se pueden dividir en: factores prenatales, factores natales (el autor maneja factores paranatales que actúan durante el parto, sin embargo se consideró adecuado referirse a estos factores como Natales, ya que se englobaría a los factores que actúan durante el parto o el nacimiento por cesárea) y factores postnatales.

a) Factores Prenatales: Entendiéndolos como responsables con mayor frecuencia de los cambios estructurales que originan este Síndrome, tales factores afectan al producto mientras permanece en el útero. Entre ellos se distinguen:

- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente la rubéola y **toxoplasmosis**.
- **Hipoxia** (en la clasificación original de utiliza anoxia) del producto in útero producida generalmente por alguna de esta situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, tabaquismo en donde cabe hacer mención que "... los niños de 5 a 15 años diagnosticados con hiperquinesia, más frecuentemente han sido resultado de embarazos en madre

¹¹ Velasco, op cit; pág., 25 y 55

fumadoras...registrándose que el número de movimientos respiratorios fetales disminuye después de que la madre fuma un cigarrillo..."¹² Un posible factor o mecanismo que participa en este grupo es el aumento en la incidencia de complicaciones obstétricas que se asocian al tabaquismo notable durante el embarazo, ya que esto puede producir hipoxia fetal y daño cerebral.

- Hemorragias cerebrales en el producto (micro-hemorragias) producida por **toxemia** del embarazo (actualmente enfermedad hipertensiva del embarazo conocida como preclampsia), o de otro origen por trauma directo, **diátesis hemorrágica**, etc.

- Exposición excesiva a los rayos "X".

- Disturbios metabólicos, especialmente la diabetes mellitus.

- Alcohol (el alcohol no aparece en la clasificación original, por sus efectos se consideró adecuado anexarlo), en este punto es importante señalar que si el feto sobrevive a los efectos relacionados con esta sustancia; son aún más graves los que afectan al SNC, incluso la intensa exposición prenatal al alcohol ha sido relacionada también con la hiperquinesia; ya que los estudios en animales han logrado reproducir muchas de las alteraciones notadas con la exposición fetal al alcohol en los seres humanos. Se ha registrado hiperquinesia y dificultades para el aprendizaje en ratas expuestas al alcohol en el período prenatal, lo que podría estar relacionado con un problema subyacentes a la inhibición de las respuestas.¹³

¹² Gleicher, Norbert. Medicina Clínica en Obstetricia. Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A; 1989, pág. 156

¹³ Gleicher, op cit; pág. 146 y 147

b) Factores Natales: Aquellos que afectan al niño durante el nacimiento [parto o cesárea].

- Hipoxia neonatal: cuando existe obstrucción mecánica respiratoria, **atelectasias**, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa, hipotensión pronunciada.
- Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, inducción con oxitócicos, etc.

c) Factores Postnatales. Se pueden dividir en:

- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, como la tosferina, enfermedad en la que ocurren alteraciones electroencefalográficas en 51% de los niños estudiados, sin que haya habido indicio alguno de involucración encefalítica. Datos similares son válidos para la varicela y la parotiditis, dejando en algunos casos como consecuencia la hiperquinesia ¹⁴; también puede ser causa de ésta el Sarampión, Escarlatina, y Neumonías, Encefalitis y la Meningitis.
- Traumas Craneáneos.
- Secuelas debidas a la incompatibilidad del factor RH entre la madre y el hijo.
- Neoplasias Cerebrales.
- Hipoxias accidentales pasajeras.

¹⁴ Uriarte, op cit, pág. 87

En este síndrome existe un cambio estructural cerebral que casi siempre es difuso y que no siempre puede ser localizado mediante el electroencefalograma. Las funciones cerebrales no son óptimas, por lo que da como resultado las características que distinguen al Síndrome Hiperquinético, mismas que se explicarán en el siguiente capítulo.

1.4 CARACTERÍSTICAS

Las características específicas del Síndrome Hiperquinético estarán determinadas a partir del conjunto de síntomas y signos que distinguen a este síndrome de otras patologías, que aparecen como consecuencia de un cambio estructural del cerebro y que determina el funcionamiento subóptimo del mismo.

Antes de abordar las características del síndrome en cuestión, es necesario señalar que aún no se establece con precisión el mecanismo mediante el cual se produce la sintomatología de esta patología, así, al aceptar la existencia de un cambio estructural, los síntomas y signos serán resultado de la alteración de las funciones cerebrales localizadas en el lóbulo temporal y frontal, con lo que se desencadena una desinhibición de la conducta y una falta de organización de estímulos y respuestas.

Una vez aceptada la presencia de una serie de signos y síntomas que identifican al Síndrome Hiperquinético como tal, cabe señalar lo que establece Uriarte¹⁵ "...separar las diferentes conductas de manera que se puedan simplificar y designar con ellas los síntomas y signos no es una tarea sencilla particularmente en el trastorno que nos ocupa...". Por lo que a fin de establecer de una manera clara y sencilla el conjunto de tales características, se consideró adecuada la clasificación que al respecto recomienda ese mismo autor, ya que engloba en forma precisa el conjunto de síntomas que pueden estar presentes en el Síndrome Hiperquinético.

A continuación se proporciona tal clasificación, haciendo de antemano dos aclaraciones:

- Ninguna de las características que se mencionarán tienen valor **patognomónico**.
- Sólo se mencionarán tales características, mismas que se describirán en el siguiente capítulo, ya que el objetivo de éste es proporcionar los aspectos generales del Síndrome Hiperquinético.

SÍNTOMAS

-Hiperactividad.

¹⁵ Uriarte, *op cit*; pág. 28

- Inatención.
- Impulsividad.
- Torpeza Motora.

-Afectividad. (El síntoma de afectividad fue retomado del trabajo de Brambila Bolaños, por considerarlo de gran importancia en el estudio de las características del Síndrome Hiperquinético)

-Trastornos del Aprendizaje. (Velasco F. al plantear los síntomas del Síndrome que se estudia, propone en forma clara los trastornos del aprendizaje como síntoma frecuente, por ello y por las implicaciones que conlleva se consideró adecuado agregarlo).

En relación con los signos que se presentan en este Síndrome, se puede recordar que estos son los indicios de trastorno físico que, a diferencia de los síntomas, se recogen por la exploración y no mediante el interrogatorio. En este punto se puede señalar que dichos signos tendrán como característica primordial la objetividad y serán una base importante para el diagnóstico. Tal diagnóstico deberá tener un carácter interdisciplinario en donde el médico y el psicólogo cumplen un papel fundamental, siendo ellos los autores de la detección de los signos característicos de esta patología.

1.5 DIAGNÓSTICO

Se entenderá por diagnóstico la identificación de una enfermedad que se basa en los síntomas y signos de ésta; para ello, deberá reconocerse la labor multidisciplinaria de diversos profesionales, en los que se incluye al médico y al psicólogo, quienes apoyados en los datos por ellos recogidos y en la información que proporcione la familia y el educador, trabajarán en forma conjunta a fin de contar con mayores elementos que aseguren el diagnóstico adecuado del Síndrome Hiperquinético. La función principal del diagnóstico es la de lograr una evaluación cuidadosa de las características del niño, que permitan planear en forma adecuada el tratamiento.

La evaluación médica se apoya en recursos tales como la historia clínica, que es la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares, como actuales, relativos a un enfermo, y que sirven de base para el diagnóstico de la enfermedad ¹⁶. El examen físico incluye los estudios de laboratorio y de gabinete, en donde el estudio electroencefalográfico es importante para realizar el examen neurológico que complementa un estudio integral del paciente. El diagnóstico médico no estará dado sólo por los resultados del estudio electroencefalográfico, sino que se deberá concebir como un medio que utiliza el neurólogo para proporcionar datos que pudieran ser más

¹⁶ Velasco, op cit. pág. 39 y 40

precisos respecto a posibles trastornos funcionales en el cerebro (DCM); tales resultados pueden considerarse imprecisos ya que en ocasiones un electroencefalograma que se evalúe como anormal, pertenece a niños que no presentan el cuadro característico del Síndrome Hiperquinético y paradójicamente, niños que presentan una actividad cerebral normal en dicho estudio, se les identifica como hiperquinéticos pues presentan las características específicas del síndrome.

La exploración neurológica en el mejor de los casos deberá ser practicada por un psiquiatra o neuropediatra y la presencia de los llamados signos neurológicos "blandos" se relacionan generalmente a una indiscutible anomalía funcional del cerebro (DCM), sin embargo, la ausencia de los mismos tampoco negará la existencia del síndrome que se estudia.

Kinsbourne y Kaplan entienden por signos duros "...aquéllos que indican trastornos patológicos, independientemente de la edad, por ejemplo la parálisis o tendencia a caminar de puntas..." Los signos blandos se explican como "...las manifestaciones neurológicas que el niño debiera haber ya superado, y el hecho de que no sea así pudiera tener significado..."

¹⁷ Estos últimos signos tienen dos aspectos:

-..Representan la persistencia de una forma primitiva de respuesta.

¹⁷ Kinsbourne y Kaplan. Problemas de Atención y Aprendizaje en los Niños. México: Prensa Médica Mexicana. 1990, pág 92

-..Representan una falla en determinado tipo de ejecución, por ejemplo, cuando el niño no logra hacer algo que a esa edad la mayoría de los niños pueden hacer.

Las pruebas que se aplican para la detección de los signos blandos se explica a efecto de tener una idea general de los aspectos que debieran llamar la atención, entre ellos estarán presentes:

a) Prueba dedo-nariz. Se pide al niño que toque con el dedo índice alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador: aquí se puede comprobar la dificultad que enfrenta el niño para conseguir tal propósito.

b) Prueba de tocamiento simultáneo. Sirve para poner en evidencia la incapacidad de estos pacientes para diferenciar dos estímulos táctiles cuando se le aplican al mismo tiempo en la piel.

c) Prueba para valorar habilidades oculares. El examinador pide al niño siga exclusivamente con los ojos un objeto, moviéndolo en diferentes posiciones; si el niño presenta problemas de funcionamiento cerebral, se manifestará la necesidad de mover la cabeza para seguir el objeto mencionado.

d) La simultagnosia, es la dificultad para describir la acción representada en un cuadro, se identifica signo blando cuando el niño sólo menciona los objetos que ve, presentando dificultades para describir las acciones que ahí se realizan.

e) Prueba relacionada con la deambulaci3n (caminar con las puntas o talones de los pies por ejemplo), demostrándose la dificultad de estos ni1os para realizar tales tareas si se comparan sus resultados con los obtenidos en ni1os de su misma edad.

f) Prueba para evaluar la incapacidad para identificar letras o n1meros que se trazan con el dedo 3ndice del examinador en la espalda del ni1o, (conocida como grafestesia). Generalmente tales ni1os no pueden identificar lo que se traza.

g) Prueba en la que se pide al ni1o que con los ojos cerrados extienda los brazos hacia adelante con las palmas de las manos hacia abajo; se puede observar que presenta discretos movimientos conocidos como movimientos de "pianista".

h) Prueba para identificar sinquinesia. En este tipo de ni1os, a1n despu3s de la edad preescolar, un movimiento m1s o menos complicado se extiende sin propon3rselo al miembro contrario.

i) Prueba en la que se identifica la adiadococinesia o la dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos r1pidos a1n despu3s de los 5 a1os.

j) Prueba en la que se identifica la dificultad para realizar movimientos como intentar tocar con la lengua la punta de la nariz, la barbilla y ambas comisuras labiales; entre otras muchas pruebas.

Es importante se1alar que ning1n signo por s3 s3lo tiene valor **patognom3nico** (tal como ocurre con la identificaci3n de los s3ntomas como

ya se mencionó), pero la presencia de por lo menos cuatro o cinco de tales signos es significativa.

Respecto a la evaluación psicológica, ésta aporta elementos importantes para realizar un diagnóstico adecuado, su evaluación proporciona datos objetivos sobre el estado que presenta el niño respecto a :

- Coeficiente Intelectual, que se valora a través del Test de Matrices Progresivas de Raven (Infantil), el dibujo de la figura humana (madurez intelectual) de Gooudenough (esta prueba también aporta elementos que permiten deducir si el niño manifiesta una imagen corporal confusa o deformada), el Test de Wisc (Weschler Intelligence Scales for Children).

- Aspecto Visomotor, que se evalúa a través del Test de Bender, dicha prueba está íntimamente ligada a la percepción y se recomienda su empleo en niños mayores de 4 años y menores de 11.

-Percepción Visual, se puede evaluar a través de la prueba Marianne Frostig, tal prueba aporta elementos importantes para detectar dificultades en el aprendizaje. Según Rafael Velasco¹⁸, ante la presencia de un subfuncionamiento del cerebro se encuentra:

- * disturbios en la capacidad para la discriminación figura-fondo.
- * pobre coordinación ojo-mano, se relaciona con la habilidad para escribir
- * problemas para analizar problemas espaciales.

¹⁸ Velasco, op cit, pág. 56

Se recomienda la realización del diagnóstico diferencial, ya que los síntomas que se identifican en el Síndrome Hiperquinético, pueden presentarse en otros tipos de patologías ya sean biológicas, en la que como lo señala Uriarte "...las patologías que más frecuentemente se confunden con la Hiperquinesia son: desnutrición, parasitosis, epilepsia, endocrinologías, etc..."¹⁹; o bien psicológicas de la conducta como la hiperactividad entre otras.

Existen además algunas situaciones específicas en la escuela que desencadenan las características típicas del síndrome y que fácilmente pueden confundirse como tal, entre ellas se encuentran:

-Niños con coeficiente intelectual insuficiente cuando las exigencias escolares van más allá de su capacidad. Estos niños, al no poder competir académicamente con los compañeros, con facilidad se distraen, interrumpen, se levantan de sus asientos etc.

-Niños con coeficiente intelectual alto o con conocimientos suficientes, para el nivel en el que se encuentran; tales niños, por su capacidad, terminan los trabajos antes que los demás, y mientras esperan a que los demás terminen, se aburren, se inquietan y alteran la dinámica del grupo.

-Niños con coeficiente intelectual normal, pero con dificultades familiares importantes, como hijos de padres divorciados, patología mental

¹⁹ Uriarte, op cit, pág. 43

paterna, actitudes y dinámica familiar impropia, etc; favoreciendo la difícil situación que viven en la escuela.

-Cualquier factor que desencadene ansiedad (como un compañero muy agresivo, una estructura escolar demasiado exigente por ejemplo), puede originar la sintomatología que se describió.

Debido a que es en la escuela en donde se presentan con mayor frecuencia las principales características del Síndrome Hiperquinético, y tomando en cuenta que "...el fracaso escolar es frecuente..."²⁰, durante el diagnóstico es fundamental que tanto el médico como el psicólogo apoyen sus evaluaciones en la información que proporcionen también los padres y el educador. Es aquí en donde el pedagogo deberá intervenir, proporcionando al docente los elementos generales del Síndrome Hiperquinético que le permitan conocer tal patología.

Finalmente, cabe reiterar que no se puede realizar el diagnóstico del Síndrome Hiperquinético con la sola presencia de las características ya mencionadas, sino que es necesario realizarlo apoyándose en las pruebas específicas que aplica el médico y el psicólogo, a fin de contar con datos objetivos que sin lugar a dudas reconozca la existencia del Síndrome en estudio.

²⁰ Valdés Miyar, Manuel. et al, "DSM-III-R Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales"; España: Massan S,A; 1988, pág. 62

Es necesario además, tener en cuenta el tiempo en que el niño ha presentado los síntomas que se relacionan con el Síndrome, de modo que "...el factor que asegura el diagnóstico es la permanencia de los síntomas...[es decir]...el niño deberá haber tenido la presencia constante de los síntomas y no haber cesado de padecerlos, salvo en condiciones patológicas tales como enfermedades intercurrentes..."²¹

1.6 TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento es obtener la mejor integración psicológica, pedagógica y social del niño a través de estrategias que incluyen enfoques en el aspecto familiar, educativo y farmacológico.

Desde el punto de vista del tratamiento farmacológico, éste ha despertado la esperanza, pero también el rechazo. "El uso de agentes psicoactivos despierta sentimientos intensos y se han lanzado acusaciones no sólo en contra de quienes usan medicación estimulante en forma indiscriminada, sino también en contra de cualquiera que alguna vez usó ese método en beneficio de los niños hiperquinético..."²². Sin embargo, se ha comprobado que el empleo del fármaco en forma controlada y administrada

²¹ Uriarte, op cit; pág. 49

²² Kinsbourne, op cit; pág. 236

por el médico especialista, tiene buenos resultados y pese a las opiniones en contra, en la actualidad el empleo de los estimulantes permite a estos niños alcanzar mejor las metas propuestas; el beneficio de tales fármacos se extiende aún a diversos síntomas que incluye la conducta, el aprendizaje y motricidad; es importante señalar que "...no se observará en todos los niños tales modificaciones, sino que para uno quizá la agresividad señale mayor cambio, mientras que para otro, la mejoría apunte hacia las dificultades de aprendizaje, y aún para otro, el cambio se localice sólo en el arreglo personal o quede registrada en la habilidad motora..."²³.

Es necesario recalcar (sin ánimo de ser redundante) que la prescripción de los estimulantes deberá ser administrada por un médico especialista, ya que su manejo es delicado; asimismo tales medicamentos llevan en sí la posibilidad de que el paciente presente los efectos colaterales con los que se le relaciona, o bien tenga manifestaciones claras de sobredosisificación, por lo que sólo dicho profesional estará capacitado para detectar y controlar tal situación.

Los estimulantes generalmente empleados son: el metilfenidato (Ritalín), tal fármaco es administrado con mayor frecuencia y se ha observado "...mejoría en el 70 a 90% de estos niños sobre todo en edad escolar, su acción no es tan efectiva en niños pequeños y en

²³ Uriarte, op cit; pág. 114

preescolares"²⁴, en segundo lugar se administra dextroanfetamina (Dexedrina), que tiene una acción prolongada.

Los efectos colaterales de los fármacos mencionados se pueden resumir en los siguientes: insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad, dolor abdominal, cefalea, somnolencia, tristeza, lloriqueos, etc.

La sobredosificación puede detectarse a través de los siguientes aspectos, en donde se manifiesta la necesidad de administrar niveles inferiores de medicamento: vómito, temblor, agitación, confusión y/o euforia, alucinaciones, hipertensión, taquicardia, etc. Se considera indispensable que cuando el niño hiperquinético está bajo tratamiento farmacológico, el docente conozca los posibles efectos colaterales que los fármacos pueden provocar en el niño, a fin de que en caso de detectar alguna de tales anomalías, informe a los padres o al especialista que atiende al niño, para que el médico tome las medidas necesarias para corregir tal situación.

Las características específicas que presenta el niño hiperquinético generan problemas, principalmente en la familia y en la escuela, es por ello necesario que una vez realizado el diagnóstico adecuado se elabore el programa individual para cada niño. Tal programa incluirá el tratamiento farmacológico, psicológico y pedagógico.

²⁴ Calderón, op cit; pág. 14

El tratamiento psicológico estará determinado por la necesidad de procurar la comprensión de la familia en general hacia la problemática que se vive, intentando disminuir la tensión que existe entre los integrantes de la misma, así como mejorar las relaciones entre los miembros; fundamentalmente el tratamiento que se dirige al niño hiperquinético es relevante, ya que generalmente es necesaria la psicoterapia individual dada la poca autoestima característica en él, y que puede ser producto del rechazo constante de los demás y del frecuente fracaso escolar.

Por otro lado, y como ha sido mencionado, el fracaso escolar es frecuente, sin embargo se puede señalar que "Irrisoriamente y a pesar de constituir [el Síndrome Hiperquinético] un importante problema de aprendizaje en educación primaria, el desarrollo de programas pedagógicos para examinar y tratar esta patología apenas existe..."²⁵.

Al reconocer la labor pedagógica que debe dirigirse al niño hiperquinético, el pedagogo (apoyado en la información que obtenga), elaborará un programa específico para el niño, tendiente a subsanar las áreas en donde se han detectado sus deficiencias académicas.

El apoyo que el pedagogo puede proporcionar, se puede dividir en tres aspectos:

²⁵ Uriarte, op cit; pág. 145

PRIMERO: Apoyo directo al niño a través de la realización y ejecución de un programa específico, mismo que generalmente se proporciona en un centro especializado, en donde la labor multidisciplinaria es fundamental. Por ahora se mencionarán brevemente las diferentes teorías que se han utilizado en el tratamiento del niño en cuestión:

a) **Estimulación Mínima:** Strauss y Lehtinen ²⁶, aportan las bases teóricas y Cruickshank²⁷, continúa sobre la línea por ellos establecida pero con algunas modificaciones. Fundamentalmente propusieron el concepto del salón de estimulación mínima, con lo que se pretendía abatir todos los distractores, favoreciendo así la atención de los niños.

b) **Entrenamiento Psicomotor:** Se basa en la idea de que la inmadurez neurológica (que incluye trastornos de aprendizaje y de la conducta) es producto de la falta de experiencia o atrofia en las habilidades motoras, cuyo desarrollo es secuencial. Así se sostiene, que para que un niño tenga la madurez suficiente a su capacidad de aprendizaje, necesita como requisito previo dominar ciertas habilidades motoras, coordinación y orientación espacial. El tratamiento se determina por la recomendación de ejercitar diversas habilidades motoras para corregir las alteraciones que el niño presenta, proporcionándole los ejercicios que requiere. Además se sostiene,

²⁶ Uriarte, op cit; pág. 151

²⁷ Cruickshank, W. "El niño con Daño Cerebral". México: Trillas, 1982, pág. 149

que al incrementar el dominio de tales habilidades, el niño mejorará el desarrollo organizativo cerebral en su conjunto. Los ejercicios que se recomiendan son múltiples, principalmente consisten en gatear, arrastrarse, caminar en línea recta, brincar etc.

c) **Entrenamiento de la Inhibición Motriz:** Basada en la teoría de Flynn y Hopson²⁸, que consideraba que la alteración fundamental del hiperquinético se encuentra en el balance de los procesos de la excitación o inhibición. Recomienda programas de entrenamiento motor a fin de que los procesos inhibitorios mejoren o se equilibren; tal entrenamiento consiste en ejercicios de menor a mayor complejidad y se realizan en el aula durante períodos de 15 minutos en forma de juegos, así, cuando tales juegos se realizan interrumpiendo la clase, el hiperquinético tiene cierto grado de relajación e interacción social en el aula.

d) **Autoinstrucción:** Meichenbaum y Goodman²⁹ considera que el niño debido a su impulsividad, no analiza suficientemente la actividad que debe realizar, no formula ni internaliza reglas que pueden servirle de directrices ante nuevas situaciones de aprendizaje. De acuerdo a tal hipótesis se diseñó un programa de entrenamiento basado en la enseñanza de autoinstrucciones, con lo que se capacita al niño para ejercer un mayor

²⁸ Uriarte, op cit; pág. 154

²⁹ Orjales Villar et al. "Eficacia terapéutica diferencial e hiperactividad infantil" en Acta Médica Española. Vol. 46, No. 1, 1988, pág. 41-44

control comportamental en diferentes situaciones y contextos. Tal entrenamiento se realiza de acuerdo a las siguientes fases:

- a) El Terapeuta como modelo, realiza la tarea dándose instrucciones a sí mismo en voz alta y en presencia del niño.
- b) El niño realiza la misma tarea siguiendo las instrucciones del terapeuta.
- c) El niño efectúa la tarea dándose instrucciones en voz alta.
- d) El niño ejecuta el trabajo, susurrando simultáneamente las instrucciones.
- e) El niño utiliza el lenguaje interno para guiar su conducta.

e) Estilos Cognoscitivos: La utilización de este modelo aplicado al tratamiento del Síndrome Hiperquinético, implicaba que el niño tenía un estilo cognitivo ineficiente, según Uriarte³⁰, tal modelo era sostenido por Douglas y Cambell, así, las estrategias que el niño y el maestro emplean resultan poco adecuadas, de ahí su desventaja con el resto de sus alumnos; Douglas y Cambell proponen los siguientes aspectos:

- Reflexión-Impulsividad. El hiperquinético responde inmediatamente sin razonar lo que se le pregunta, lo cual provoca que sus aciertos sean escasos.

- Dependencia -Independencia. Se valora la capacidad para separar la figura del fondo, el hiperquinético cree que la figura depende de todo su entorno.

- Amplitud-Restricción del Campo Perceptual. El niño hiperquinético tiene dificultad para seleccionar los aspectos más relevantes de la actividad

³⁰ Uriarte, op cit; pág. 156

en la que trabaja, todos los eventos del ambiente son distractores, por lo que es imposible que ignore los estímulos irrelevantes.

- Capacidad de Automatización. El niño muestra dificultad para responder con rapidez a tareas simples y repetitivas, como memorizar las tablas aritméticas, por ejemplo.

Ambos autores concluyeron que el niño aprende mejor de forma individual que con el grupo; así sostienen que aprende mejor en condiciones informales de aprendizaje, como en juegos, charlas etc.

f) **Instrucción Multisensorial.** Método diseñado por Fernald quien sostenía que cuando un estímulo ingresaba al SNC por vías diversas, como la visual, cinestésica y la auditiva, la posibilidad de que aprenda es mayor que si solo llega por una sola vía. Tal procedimiento ha sido utilizado en México y tiene un gran valor en el aprendizaje de letras y números.

SEGUNDO. Orientación a Padres. Debido a la lógica preocupación que éstos manifiestan respecto a la problemática que vive su hijo en diferentes ámbitos; dicha orientación podría proporcionarse a través de pláticas preparadas especialmente para ellos en torno al Síndrome Hiperquinético (también posible tema de otro trabajo de investigación).

TERCERO. Apoyo al docente. Dado su fundamental papel en el desarrollo escolar del niño hiperquinético, se considera esencial que el docente

conozca en forma clara los aspectos generales del Síndrome en cuestión, lo que le permitirá sospechar, y en su caso canalizar y manejar un eventual caso de dicho síndrome en el aula; es por ello que tan importante aspecto ha dado origen al objetivo primordial de este trabajo, proporcionando dichos elementos al maestro, a través de un documento psicopedagógico como lo es el folleto, dirigido a ellos.

CAPITULO II

EL SÍNDROME HIPERQUINÉTICO Y LA ESCUELA

2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SÍNDROME HIPERQUINÉTICO

Como se explicó en el capítulo anterior, para realizar un diagnóstico adecuado del Síndrome Hiperquinético es necesario tomar en cuenta el conjunto de signos y síntomas que caracterizan a esta patología; en el presente capítulo se abordarán los diferentes síntomas del Síndrome en cuestión y sus implicaciones escolares. Para ello se consideró adecuado utilizar la clasificación que al respecto proporciona Uriarte quien establece como principales síntomas los siguientes:

- hiperactividad
- inatención
- impulsividad
- torpeza motora
- afectividad y,
- trastornos del aprendizaje.

2.1.1 HIPERACTIVIDAD

Puede concebirse en forma general como "...un estado de movilidad permanente...en donde la afectividad se distingue por ser caótica y desorganizada..."¹. La Hiperactividad fue considerada como el síntoma más notorio del Síndrome Hiperquinético, por lo que durante muchos años se utilizó como sinónimo del síndrome que se trata, pues se creía que ésta era la característica principal.

La Hiperactividad, de acuerdo a Cruickshank², se puede concebir distinguiendo dos formas de dicha conducta:

- a) Hiperactividad Sensorial (de la que se hablará más adelante)
- b) Hiperactividad Motora, que es la incapacidad que tiene el niño de frenar su reacción ante estímulos que producen o incitan una respuesta motora.

Se puede observar que la conducta hiperactiva se ha relacionado con una mayor cantidad de movimiento, sin embargo los autores Salkina y Poggio "midieron el movimiento de los niños con Síndrome Hiperquinético comparativamente con los niños que no lo padecían, y no encontraron diferencia alguna en lo que se refiere a cantidad, la diferencia se hallaba en

¹ Taylor, E. "El Niño Hiperactivo", Barcelona, España: Martínez Roca, 1991, pág. 15.

² Cruickshank, W. "El Niño con Daño Cerebral". México: Trillas; 1986, pág. 53 y ss

la calidad del movimiento, ya que el hiperquinético se movía sin un propósito definido, en tanto que el resto de los niños lo hacía con un fin lógico o intencional..."³

En este punto se puede señalar que la conducta hiperactiva no es exclusiva del Síndrome Hiperquinético; de hecho puede estar presente en otras situaciones que incluyen, por ejemplo, el retraso mental, o bien los niños que la presentan como resultado de problemas familiares o de integración escolar. Es necesario por lo tanto, distinguir la hiperactividad de los niños con Síndrome Hiperquinético, de los niños que manifiestan una conducta hiperactiva debido a otras causas, entre las que se encuentran "...niños que provienen de familias desorganizadas y caóticas, poco control por parte de los padres, problemas de integración escolar [estructura escolar rígida, poca empatía maestro-alumno, coeficiente intelectual bajo o alto comparándolo con el resto del grupo, etc.] niños hiperemotivos..."⁴

La diferencia entre este grupo de niños que manifiesta una conducta hiperactiva y la hiperactividad en el niño con Síndrome Hiperquinético es la siguiente:

- a) Hiperactividad en el niño en ausencia del Síndrome Hiperquinético.
- Movimientos dirigidos a una meta

³ Uriarte, Víctor. "Hiperquinesia". México: Trillas; 1989, pág. 30.

⁴ Calderón, Raúl. "El Niño con Disfunción cerebral". México: Limusa; 1990, pág. 157.

- Movimientos que se manifiestan solo en algunos lugares y circunstancias, por lo que es una conducta selectiva

b) Hiperactividad en el niño con Síndrome Hiperquinético.

- Movimientos sin un propósito específico "se mueve por moverse".

- Movimientos que se manifiestan en todo momento y lugar, por lo que no pueden inhibir sus movimientos en situaciones que requieren quietud.

Actualmente, para establecer la presencia de hiperactividad, se requiere cuando menos de tres de las siguientes características de acuerdo a lo que establece Calderón⁵:

- Continuamente y en forma excesiva está corriendo, subiendo y bajando de las cosas.
- Tiene dificultad para mantenerse en estado de quietud.
- Tiene dificultad para quedarse sentado
- Se mueve en exceso durante el sueño
- Con frecuencia está en acción como si fuera impulsado por un motor.

Por otro lado, la conducta hiperactiva se relaciona directamente con otros trastornos:

a) Alteraciones del sueño, por lo que los niños suelen padecer insomnio o bien despiertan en forma constante, manifestando un sueño intranquilo.

⁵ Calderón, op cit; pág. 151 y 152.

b) Hiperactividad Verbal, los niños suelen ser "hablanchines" en todo momento, llegando a molestar a los que lo rodean, y en especial a los adultos. Cuando el niño hiperquinético desea relatar algún acontecimiento, lo verbaliza de manera poco precisa, incoherente e incongruente, lo cual da como resultado que los demás no presten atención a su relato, manifestando poco interés a lo que dice.

En la edad escolar la hiperactividad es un síntoma notorio del Síndrome que se trata, generalmente los maestros de enseñanza primaria son quienes la detectan debido al tiempo y conductas que se exigen del niño en el salón de clases. Tal conducta hiperactiva puede manifestarse de diferentes formas, pero generalmente el niño interfiere en el adecuado desarrollo de las actividades grupales, levantándose de su asiento, tomando objetos ajenos y propios (convirtiéndolos en elementos a los que debe responder inmediatamente), habla constantemente llegando a gritar en momentos inadecuados, lo que desconcierta tanto al grupo como al maestro, quien generalmente se desespera ante dicha conducta.

Finalmente la hiperactividad como síntoma clínico desaparece entre los 12 y 18 años de edad, de acuerdo a lo que establece Laufer y Denhoff ⁶.

⁶ Calderón, op cit; pág. 152.

2.1.2 INATENCIÓN

El problema de atención que manifiesta el niño con Síndrome Hiperquinético es fundamental, ya que tal trastorno puede estar presente durante toda la vida del individuo, a diferencia de lo que ocurre con el síntoma de hiperactividad, que aunque más notorio tiende a disminuir a medida que el niño crece.

Antes de abordar el síntoma de inatención en estos niños, es importante señalar lo que se entiende por atención, al respecto Taylor señala que es "...la habilidad para seleccionar y organizar lo que se percibe a nivel periférico, antes de que empiece el complejo procesamiento de la información..."⁷.

Tal habilidad implica otros procesos como:

- a) Atención Selectiva, que es la habilidad para que el individuo responda en algunas situaciones ante un estímulo y se ignoren otro; dicha habilidad se exige cuando por ejemplo se espera que un niño trabaje en silencio e inhíba cualquier respuesta a estímulos irrelevantes de una clase ruidosa.

⁷ Taylor, op cit; pág. 72.

b) División de la Atención, que se exige cuando por ejemplo, se presenta al alumno un medio audiovisual y aquel debe escuchar al profesor, tomar apuntes y no perder el contacto con el mundo exterior.

c) Atención Sostenida (o amplitud de la concentración), es la duración de tiempo en que un niño puede concentrarse en algo.

El fracaso de cualquiera de tales procesos puede tener como consecuencia que el niño sea visto como distraído o con problemas de atención por parte de los maestros, como es el caso del niño con Síndrome Hiperquinético. Asimismo es necesario diferenciar las relaciones entre la conducta de orientación por una parte y el proceso de la información por otra, para evitar confundirla con la falta de atención; para ello se deberá tener en cuenta que un niño puede estar mirando fijamente al profesor y no asimilar nada de lo que está diciendo, y a la inversa, un niño puede entenderlo todo mientras disfruta de otras actividades .

Para establecer el diagnóstico de inatención, se requiere cuando menos de tres de las siguientes características:

- Frecuentemente no termina las cosas que inicia
- Con frecuencia da la impresión de que no escucha
- Se distrae con facilidad
- Tiene dificultad para concentrarse en actividades escolares o en otras tareas que requieren una atención sostenida.

- Tiene dificultad para mantenerse en una actividad de juego ⁸.

El problema de inatención se considera que es producto de distractibilidad del niño, impidiéndole concentrar la atención y obstaculizándose el proceso de aprendizaje, asimismo se relaciona con la llamada Hiperactividad Sensorial.

La distractibilidad aunque también se ha señalado como sinónimo de inatención, para Taylor ⁹, significa que un individuo se orienta hacia aspectos irrelevantes de su entorno, haciéndose difícil la realización de una tarea por la introducción de características irrelevantes del estímulo. Esta situación no es voluntaria, pues aunque el niño ponga todo de su parte al realizar una tarea, puede aparecer el elemento distractor impidiéndole concentrarse y por lo mismo interrumpiendo su proceso de aprendizaje.

Como se ha mencionado, la inatención se relaciona también con la llamada "Hiperactividad Sensorial"¹⁰, en donde el niño refleja su incapacidad para seleccionar los estímulos recibidos para organizarlos jerárquicamente, con lo que todos los estímulos adquieren una importancia uniforme, ya que el niño presta la misma atención tanto a lo esencial como a lo secundario; así, el niño se distrae con facilidad ante algún movimiento, color, sonido, olor

⁸ Calderón, op cit; pág. 151.

⁹ Myer P, "Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje". México: Limusa, 1983, pág. 49.

¹⁰ Cruickshank, op cit; pág. 54.

o experiencia en su entorno; "...en el aula [por ejemplo] con el casi imperceptible zumbido de las luces de neón de un salón de clases, por el tráfico de la calle, o por la presencia de sus compañeros que están realizando tranquilamente su labor escolar..."¹¹.

Por asignarle la misma importancia a todos los estímulos que le rodean, cuando el niño inicia una tarea la abandona en forma prematura y la deja incompleta a menos que ésta tome poco tiempo; así la falta de atención provoca que se atrase en forma acumulativa en su desarrollo escolar, con lo que se pronostica dificultad para adquirir importantes procesos escolares como es el caso de la escritura o la lectura. Kaplan señala que "Tales niños suelen quedar atrás en todo lo que requiere una concentración enfocada durante un período apreciable de tiempo, solo parecen captar aquellas cosas que no requieren gran atención, como aprender a hablar..."¹².

Finalmente es necesario señalar que el esfuerzo adicional por parte del maestro es fundamental, ya que pueden emplear actividades que permitan mantener el interés del niño a través de la variedad de las mismas y propiciar el cambio de tales tareas, así como elegir actividades que le lleven poco tiempo para ser realizadas por el niño, con lo que existen mayores posibilidades de que su atención no se disperse.

¹¹ Myers, P. op cit; pág. 49.

¹² Kinsbourne M. y Kaplan P. "Problemas de Atención y Aprendizaje en los Niños", México: La Prensa Médica Mexicana, 1990, pág. 210.

2.1.3 IMPULSIVIDAD

La impulsividad se puede concebir como "...la pérdida de la capacidad del niño para manejar o planear su conducta. El niño hiperquinético que presenta esta característica actúa sin considerar las consecuencias mediatas o inmediatas de sus actos..."¹³.

Tal característica del niño se relaciona con otras conductas que a continuación se describen:

a) Temeridad, el niño se distingue por no medir el peligro de sus actos y generalmente piensa poco antes de actuar. Llama la atención, por ejemplo, que se pela con niños más fuertes y de mayor edad, cruzan la calle sin fijarse, o pueden trepar a los árboles sin miedo alguno, por lo que en algún momento puede resultar lastimado tanto él como sus compañeros de clase.

b) Tendencia permanente a responder rápidamente, provocando respuestas incorrectas, ya que actúa sin pensar. Sus actividades escolares las realiza en forma desaseada y sin orden; sus trabajos se caracterizan por tener muchos errores debido al descuido, situación que lógicamente perjudica su desarrollo académico.

¹³ Brambila Bolaños, G. et al. "Desordenes con Déficit de la Atención. El Niño Hiperquinético" en Revista de la Facultad de Medicina. UNAM; México, 1984, Vol. XXVIII, Año 27, No. 3.

Cabe aclarar que esta conducta no es constante ya que en los momentos en que cuenta con supervisión directa y constante del maestro, la calidad de sus respuestas mejora; sin embargo, en el momento en que el profesor se separa de él, el niño vuelve a manifestar su conducta inadecuada e impulsiva.

c) Baja Tolerancia a la Frustración, entendida como la pobre capacidad que manifiesta el niño para controlar sus impulsos, pues ante la menor dificultad que enfrente se enoja, viéndose imposibilitado de posponer sus sentimientos; el niño manifiesta tal conducta mediante respuestas exageradas y perdiendo el control ante su enojo, situación que puede expresarse generalmente a través de rabietas o "berrinches".

d) Agresividad, aparece como resultado de la baja tolerancia a la frustración así como de la impulsividad; cualquier interacción que provoque conflicto en el niño, desencadenará en él una reacción agresiva inmediata y hasta cierto punto indiscriminada. Tal conducta puede dirigirse hacia cualquiera, incluso puede manifestarse siendo cruel con los animales, o bien dirigir su agresividad a los hermanos o compañeros más débiles.

e) Destructividad, conducta que aparece por la baja tolerancia a la frustración, por la impulsividad y por la torpeza motora. De acuerdo a Uriarte "la destructividad se presenta en los niños hiperquinéticos en un 51% de los

casos, de acuerdo a los reportes de los maestros de primaria..."¹⁴. El niño manifiesta tal conducta ante cualquier objeto que se encuentra a su alcance, así, lo toma, empuja, retuerce, dobla etc., volviéndose un estímulo al que debe responder y que generalmente termina destruyendo de no ser detenido por otra persona: dicha agresividad en la escuela puede ser dirigida contra sus útiles escolares. Cabe aclarar que la destructividad en el niño hiperquinético, no tiene que ver con la curiosidad característica en los niños normales, quienes por ejemplo desarmar un objeto para saber "que hay dentro"; es decir, dicha conducta destructiva en aquéllos no tiene un pronóstico específico, sino que es resultado de su poca precaución, de su torpeza manual y de su agresividad dirigida a los objetos.

f) "Desobediencia Patológica"¹⁵, consiste en un gran impedimento del niño hiperquinético para acatar órdenes a pesar de los intentos por parte de maestros y padres, quienes utilizan diferentes métodos correctivos sin resultado alguno, ya que el niño no entiende la conducta que se espera de él. La desobediencia patológica se caracteriza en el niño por:

- Comete la misma falta sin tratar de ocultarla
- Tiene dificultad para modificar su conducta en base a sus anteriores experiencias negativas
- Se sorprende ante el regaño o castigo considerándolo injusto

¹⁴ Uriarte, op cit: pág. 40.

¹⁵ Velasco Fernández R. "El Niño Hiperquinético". México: Trillas, 1990, pág. 35.

- Su conducta en la escuela lo imposibilita a integrarse a un grupo de juego o de trabajo, así, al no ajustarse a las reglas, el niño hiperquinético se mantiene a distancia por lo que generalmente se demora la socialización, apareciendo la conducta antisocial, también característica del niño con el síndrome que se estudia.

Cabe agregar que la conducta antisocial en el niño tiene las siguientes características:

- Trata de imponer sus necesidades a los otros.
- Sus amistades suelen durar poco tiempo. En la escuela casi siempre son impopulares ya que exigen la atención constante del maestro y con frecuencia faltan a clases.
- El niño por lo general manifiesta relaciones superficiales y defensivas con sus compañeros de clase.

Finalmente para determinar la presencia de impulsividad, se requieren cuando menos de tres de las siguientes características según Calderón¹⁶:

- A menudo actúa antes de pensar.
- Cambia constantemente de una actividad a otra.
- Tiene dificultad para organizar su trabajo.
- Con frecuencia se le llama la atención en la clase.

¹⁶ Calderón, op cit; pág. 151.

- Tiene dificultad para esperar su turno en los juegos o en situaciones de grupo.

2.1.4 TORPEZA MOTORA (DISPRAXIA)

La torpeza motora también conocida como dispraxia, suele estar presente como un síntoma más del Síndrome Hiperquinético; en forma general se puede definir como "...el trastorno de los movimientos o actos coordinados..."¹⁷; dicho trastorno se manifiesta a través de la motricidad gruesa y de la motricidad fina en el niño.

La Motricidad Gruesa, requiere de movimientos amplios y de los buenos reflejos; su alteración se manifiesta en el niño por ejemplo al caminar, correr, atrapar algún objeto o salta, en donde su poca habilidad es frecuente. Asimismo, puede experimentar dificultades en el equilibrio, por lo que los maestros o padres pueden señalar caídas frecuentes, tropiezos o golpes contra muebles u otros objetos, incluso en estos niños se señala la frecuente inseguridad para retener cosas entre las manos.

¹⁷ Navarro Beltrán, E. "Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas". España: 12a. edición, Salvat; 1985, pág. 331.

La Motricidad Fina, frecuentemente está alterada en el niño hiperquinético. Dicho trastorno se manifiesta a través de su poca habilidad para escribir, abotonarse la ropa, anudarse las agujetas o recortar por ejemplo.

Es importante señalar que la torpeza motora fina se presenta en el 70% de los niños hiperquinéticos, en tanto que la torpeza motora gruesa solo se reporta en el 30%¹⁸. El problema de dispraxia pone en desventaja al niño hiperquinético en diferentes ámbitos, incluyendo de manera importante a la escuela, en donde las actividades que debe efectuar requieren constantemente de su adecuado desarrollo motor.

Finalmente se puede agregar que la torpeza motora que manifiesta el niño hiperquinético, ocasiona su continuo rechazo por parte del grupo de juego o de trabajo, ya que este trastorno contribuye a que en el equipo al que esté integrado, se equivoque (o pierda), lo que dificulta su proceso de socialización y adecuado desarrollo académico.

2.1.5 AFECTIVIDAD

El trastorno de la afectividad presente en el niño hiperquinético se relaciona con los siguientes aspectos:

¹⁸ Uriarte, op cit; pág. 30 y 31.

a) Labilidad Emocional, definida en forma general como la "...facilidad en el cambio de estado afectivo"¹⁹; así puede pasar rápidamente de la risa al llanto y viceversa, sin que el estímulo que causa tal conducta lo amerite, situación desconcertante para quienes lo rodean.

b) Disforia, estado de inquietud y malestar caracterizado por:

-Anhedonia, que la incapacidad para experimentar placer, manifestándose por sobreexcitación, sin que la situación vivida lo amerite; dicha incapacidad en el niño hiperquinético se manifiesta por la dificultad para complacerlo, así, "...busca constantemente caricias, obsequios, atenciones, pero nunca parece estar satisfecho y se manifiesta irritable y triste"²⁰.

-Depresión, se puede definir como un "trastorno afectivo [que se dirige] hacia el polo de la tristeza y de los sentimientos negativos"²¹; es importante señalar que en el niño hiperquinético puede estar oculto, ya que aún afectándole las actitudes de rechazo de los demás, o su fracaso escolar y familiar, sus conductas no reflejan tal estado de ánimo. En este punto se puede agregar que la depresión puede ser resultado de las dificultades que enfrenta con quienes lo rodean.

-Baja autoestima, se presenta en el niño hiperquinético, debido a la incapacidad que desarrolla, ya sea en el hogar o en la escuela; una

¹⁹ Navarro Beltrán, op cit; pág. 620.

²⁰ Uriarte, op cit; pág. 41.

²¹ Santillana. "Diccionario Enciclopédico de la Educación Especial". España: Salvat, 1986, pág. 592.

característica importante, es que reconoce su culpa e incluso se describe incapaz, inepto, malo y tonto, así como no amado, situación que puede orillar al aislamiento. Lo anterior puede deberse a que durante gran parte de su vida se le ha repetido que no tiene capacidad para aprender o que hace mal las cosas, provocando a los demás problemas constantes. Se puede señalar que ante tal situación lógicamente se siente incómodo. Por otro lado son constantes los apodosos que le confirman sus diversas dificultades.

Es importante que el maestro (así como los padres) estén conscientes de los trastornos afectivos que pueden presentar los niños hiperquinéticos, ya que su apoyo en esta área es fundamental para la estabilidad emocional del niño; de no ser así, sus trastornos afectivos afectarán aún más las diferentes áreas que se han señalado en este capítulo, perjudicando entre otros aspectos, su desarrollo escolar así como su crecimiento como ser humano.

2.1.6 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

El trastorno de aprendizaje es una característica frecuente en el niño hiperquinético, el DSM-III, señala que en esta patología "la mayor complicación es el fracaso escolar..."²².

²² Valdés Miyar, M. et al; "DSM-III-R. Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales". España: Masson, 1989; pág. 62.

Tal trastorno que enfrenta el niño hiperquinético en la escuela se debe a diferentes alteraciones, incluyendo las características ya señaladas (déficit de la atención, hiperactividad, impulsividad etc.), que influyen en el bajo rendimiento escolar así como en la existencia de algunos desordenes en el proceso cognitivo, como puede ser el caso de disociaciones, deficiencia en el área visomotora, inversión en el campo visual, perseveración y memoria deficiente; elementos que han sido retomados de la clasificación que sobre este punto proporciona Velasco Fernández.

Antes de abordar cada una de estas áreas, cabe agregar que, de acuerdo a las investigaciones de Lambert, se "...encontró que el 43% de los niños hiperquinéticos tenían trastornos del aprendizaje..."²³ con lo que se puede comprender la necesidad de que exista mayor conocimiento por parte del maestro respecto a las implicaciones académicas que conlleva dicho síndrome.

a) Disociación, en un sentido muy amplio es la acción y efecto de separar; de acuerdo a lo que establece Cruickshank "...es la incapacidad de ver las cosas como un todo...se relaciona con la hiperactividad sensorial de naturaleza visual..."²⁴; dicha incapacidad se manifiesta en el niño al ver solo parte de las cosas sin comprender a menudo el total de lo que ellas

²³ Calderón, op cit; pág. 160.

²⁴ Cruickshank, op cit; pág. 59.

representan, situación que coloca al niño en desventaja respecto a sus compañeros en la adquisición de conocimientos fundamentales, ya que la dificultad de integrar cosas separadas en una unidad significativa se traduce en alteraciones en el área visomotora, impidiéndole la fiel reproducción manual de las figuras vistas; dicha situación se manifiesta en el salón de clases por la dificultad para la escritura (disgrafía), en donde el niño escribe tanto las letras como los números indistintamente a la izquierda o a la derecha sin reconocer que cada uno tiene una posición determinada (escribe por ejemplo *b* por *d* y viceversa); incluso una letra puede no representar nada para él, tan solo un conjunto de líneas aisladas. Puede estar presente también la dificultad en la lectura (dislexia), por las mismas razones antes expuestas.

b) **Inversión del Campo Visual**, es la incapacidad que se manifiesta para que el niño destaque la figura del fondo en que ésta se encuentra, por lo que con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia; sus implicaciones escolares pueden abarcar las dificultades para discriminar estímulos auditivos, táctiles, visuales, etc.; así por ejemplo, cuando el maestro pide al niño hiperquinético que encuentre una palabra determinada para que la lea, el niño probablemente se enfrente a dificultades, ya que el fondo en donde se encuentra dicha palabra adquiere mayor importancia.

c) **Memoria Deficiente**, la memoria es la capacidad del individuo para registrar, almacenar y evocar sus experiencias; se relaciona estrechamente

con la capacidad de atención por lo que al estar disminuida esta capacidad repercute directamente en su proceso de aprendizaje; ya que por ejemplo no puede recordar el material que aún tienen presente sus compañeros de clase. Es importante agregar que la hiperactividad e impulsividad tienen una influencia desfavorable en la capacidad para recordar el material presentado al niño, así como la constante presión que se ejerce sobre él tanto en la casa como en la escuela.

Cruickshank, señala al respecto "...en el niño se reduce la capacidad para recordar lo que acaba de decirse, con lo que crece la hiperactividad, se acorta la posibilidad de prestar atención creando un círculo vicioso ...[así] el niño vuelve a experimentar el fracaso..."²⁵.

d) Perseveración, es otra de las características que intervienen en los trastornos del aprendizaje del niño hiperquinético, tal característica se puede definir como la incapacidad que muestra el individuo para pasar sin dificultades de una actividad mental a otra; situación que en los niños se manifiesta en la realización prolongada de una actividad. La Perseverancia en la vida escolar puede ser característica en la escritura (continúa por ejemplo escribiendo una palabra o letra), lectura, coloreado, deportes (botando una pelota por ejemplo, cuando ya no es necesario), así como en los aspectos afectivos como reír, llorar etc.

²⁵ Cruickshank, op cit; pág. 81.

Finalmente cabe señalar que debido a las incapacidades que pueden estar presentes en el niño hiperquinético, es fundamental el conocimiento del síndrome y sus implicaciones escolares, a fin de conscientizar al maestro de que el niño que presenta tal patología necesita de su comprensión y apoyo, para que paralelamente, con el tratamiento que se indique por el equipo multidisciplinario a las necesidades específicas del niño, el maestro y el niño trabajen en forma conjunta con una meta común, su adecuado desarrollo escolar.

2.2 EL MAESTRO Y EL NIÑO HIPERQUINÉTICO

Una vez explicadas las características que pueden identificar al niño hiperquinético, se puede tener una idea más clara del conflicto que puede suscitarse en el grupo escolar ante la presencia de este niño si no se cuenta con el conocimiento adecuado que permita su integración al mismo, aunado a la comprensión y apoyo indispensables que se requieren del maestro.

La situación que suele presentarse en el salón de clases ante la presencia de un niño al que se le diagnostica el Síndrome Hiperquinético es preocupante, ya que la escuela exige del alumno requisitos intelectuales y conductuales que no está en posibilidad de tener, situación que lo pone en desventaja con el respecto a sus compañeros.

Aunado a lo anterior, es muy probable que el maestro se desconcierte ante la presencia de un alumno al que distingue como "diferente" en relación con sus demás alumnos, ya que este niño, tiene dificultad para adaptarse a la vida escolar y lo que ella implica. Tal situación se vuelve incómoda y en ocasiones desesperante para el maestro, pues la conducta y pocas habilidades que distinguen al alumno no permiten su adecuado desarrollo individual ni grupal.

Al alumno por momentos se le convierte en el "chivo expiatorio" del grupo, así, se le responsabiliza de la indisciplina en el aula, del poco éxito del equipo deportivo al que pertenece o del retraso de las actividades del grupo, por ejemplo.

Se puede señalar que el maestro, ante la presencia de un niño hiperquinético, puede adoptar dos diferentes actitudes:

- percibir al niño como una amenaza poniendo a prueba su autoridad y su habilidad para controlarlo, y
- percibir al niño como un reto, considerando que un buen maestro debe estar preparado para resolver cualquier problema surgido en la clase.

Cabe agregar que ante cualquiera de tales actitudes, suele estar presente un código característico de premios y castigos, que buscan motivar

y/o corregir al alumno, en donde lamentablemente suelen estar presentes en forma constante los castigos.

El castigo se puede definir como "...cualquier cosa que produce dolor a la persona...en donde la respuesta dolorosa puede ser física o psicológica..."²⁶. Cuando se utiliza el castigo como mecanismo correctivo ante un supuesto "mal alumno", la estructura escolar se vuelve rígida y desagradable, no solo para este niño, sino también para el resto del grupo.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por Uriarte en escuelas primarias de la ciudad de México, los castigos que con frecuencia se utilizan para corregir al niño hiperquinético en el salón de clases son los siguientes: "Trapear el salón y lavar los baños, encerrar al niño en una bodega oscura, quitarle la torta y dulces, mantenerlo de pie en un rincón con las manos en alto, amarrarlo al asiento o bien, ponerle apodos altamente ridiculizantes..."²⁷.

El aislamiento, por se uno de los recursos más empleados, merece algunos comentarios adicionales: el maestro, en un primer momento, puede aislar al niño sentándolo solo en una banca de modo que no alcance a sus compañeros o útiles escolares. En el mejor de los casos se busca en esta medida correctiva sobrevigilar y supervisar las actividades del niño, sin

²⁶ Renshaw, D. "El Niño Hiperquinético". México: La prensa Médica, 1982; pág. 52.

²⁷ Uriarte, op cit; pág. 237.

embargo, también se aplica para evitar que tenga contacto con los demás sin que se le asigne actividad alguna, con lo que se agrava la situación.

El resultado del aislamiento a veces puede ser positivo si se busca en él precisamente su adecuado desarrollo escolar y no simplemente mantenerlo lejos de los demás.

Las características específicas que suelen estar presentes en el niño hiperquinético, aunadas a la situación que viven los integrantes del grupo, justifica la necesidad de asignarle un papel relevante al docente así, se requiere de éste el conocimiento general del Síndrome Hiperquinético y sus implicaciones escolares, a fin de que el maestro:

- Se haga consciente de su papel al sospechar la presencia de un alumno que pudiese presentar tal patología.

- Canalice al niño con un grupo multidisciplinario que realice el tratamiento adecuado del niño.

- Comprenda y trate al niño diagnosticado con el Síndrome, con un conocimiento general de sus características; así el maestro, comprometido con su importante papel, que propicie una actitud adecuada hacia dicha problemática, podrá trabajar en forma conjunta con el alumno por una meta común, su éxito escolar.

Antes de continuar es de fundamental importancia precisar brevemente algunos aspectos respecto a la familia del niño hiperquinético, en especial sobre los padres.

Como se ha mencionado en diferentes momentos a lo largo del presente trabajo, las características específicas que distinguen a este niño también repercuten directamente en la vida familiar, provocando la preocupación constante en especial de los padres respecto a lo que le ocurre a su hijo.

Las actividades cotidianas en el hogar, permiten a los padres observar a su hijo en diferentes circunstancias; es por ello que los datos que proporcionen al equipo de especialistas son fundamentales para un adecuado diagnóstico y tratamiento del niño.

Por otro lado la comunicación constante entre los padres y el maestro permitirá un mejor conocimiento respecto a los problemas que presenta el niño, así como de sus avances en las diferentes áreas.

Cabe reiterar que el papel del pedagogo en relación con este Síndrome, también puede incluir la orientación hacia los padres del niño respecto a esta patología, pero particularmente sobre la situación que pudiera prevalecer en su vida escolar, procurando con ello un acercamiento hacia la problemática que vive el niño.(el planteamiento anterior, podría

abordarse en otro momento con mayor profundidad, sin embargo por el momento solo se señala por su importancia)

Es por ello que los aspectos que a continuación se proporcionan y que pudiera tomar en cuenta el maestro durante sus actividades cotidianas en la escuela, también podrían ser retomados (con algunas adecuaciones) por los padres del niño en el hogar; tales aspectos son:

- a) Propiciar la empatía entre el niño y el grupo en general, lo que favorece su integración al mismo.
- b) Evitar la percepción de las incapacidades del niño, ante el grupo, ya que tiene consecuencias desfavorables para la autoestima del niño.
- c) Procurar que el niño compita consigo mismo, evitando así comparar su avance con el de los demás.
- d) Procurar que las actividades que se pidan al niño sean claras y adecuadas a sus capacidades en busca de éxito, evitando su continuo fracaso.
- e) Procurar tener en cuenta su propio ritmo de trabajo, sus intereses y limitaciones.
- f) Enseñarlo a escuchar, recordar y mantener la atención, lo que requiere del maestro fomentar actividades originales e incluso la utilización de recursos didácticos atractivos, pero adecuados al problema de atención, es decir, evitando la información que no sea necesaria.

- g) Propiciar el cambio de actividades que le permita mantener su atención hacia ellas. "Para un hiperquinético, 12 tareas de cinco minutos son preferibles a 2 tareas de media hora..."²⁸.
- h) Establecer una rutina clara y precisa de trabajo, misma que puede ser diferente para cada día de la semana.
- i) Conferirle responsabilidades, lo que aumenta su autoestima al reconocerse su esfuerzo aunque éste sea imperfecto (por ejemplo, distribuir el material de trabajo a sus compañeros, recoger las tareas, etc.).
- j) Premiar al niño cuando cumpla con sus actividades.

Finalmente, cabe reiterar la necesidad de una comunicación constante del maestro con los padres de familia, a fin de propiciar la continuidad en el hogar de las actividades que se establezcan en el salón de clases; así como también mantener la comunicación con el equipo multidisciplinario que esté tratando al niño; especialmente tener conocimiento de los efectos colaterales que puede presentar el niño bajo algún medicamento administrado por el médico; sin olvidar establecer contacto con el psicólogo y pedagogo. Este último deberá proporcionar elementos que le permitan al maestro ejercer su práctica docente de una mejor manera, que tenga como finalidad propiciar un proceso enseñanza-aprendizaje con mayores posibilidades de éxito.

²⁸ Renshaw, *op cit*; pág. 95 y 96.

Para concluir este punto, se debe señalar que "...al entender y respetar las dificultades y limitaciones del alumno hiperquinético, así como sus esfuerzos y aptitudes, el maestro es capaz de guiarlo hacia la ejecución óptima que corresponde a su fase particular de desarrollo..."²⁹.

2.3 EL NIÑO HIPERQUINÉTICO Y SUS COMPAÑEROS

Durante el desarrollo del presente capítulo se ha mencionado en diversos momentos la difícil relación que puede suscitarse entre los miembros del grupo con respecto al niño en cuestión, dadas las características específicas que lo distinguen.

No puede dejar de mencionarse a los compañeros de clase, quienes no están ajenos a esta situación, ya que el niño hiperquinético es finalmente rechazado por los mismos. Tal rechazo es consecuencia de las características mencionadas, que lo diferencian del resto del grupo; en un primer momento puede ser admirado por su "valentía" (temeridad), diciendo o haciendo lo que los demás no se atreverían, sin embargo, esto lógicamente despierta en el maestro el constante regaño y castigo hacia el niño. Lo anterior, aunado a sus pocas capacidades académicas y deportivas,

²⁹ Renshaw, op cit; pág. 93.

lo colocan en una verdadera situación de rechazo por parte del grupo en general.

En dicho contexto, el niño en cuestión presentará problemas generalmente de integración y con el tiempo surgirán en él sentimientos de inseguridad y poca autoestima, aspectos que posibilitan aún más su fracaso escolar.

Por lo anterior, es importante reiterar el papel fundamental del maestro con respecto a la problemática que vive este niño para poder proporcionar el adecuado desarrollo escolar, basado en el conocimiento previo sobre aspectos generales del niño con Síndrome Hiperquinético y sus características en el aula

CAPITULO III

PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA PARA LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN BÁSICA DEL SÍNDROME HIPERQUINÉTICO DIRIGIDO A LOS MAESTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA.

En base a la investigación realizada hasta este momento he podido percatarme de la importancia y necesidad de informar a los docentes de escuelas primarias sobre los aspectos generales en torno al niño con Síndrome Hiperquinético y sus implicaciones escolares.

Era claro que dicha información pretendía ser transmitida a través de un documento psicopedagógico, pero, la pregunta era ¿cuál?, en dicho contexto fueron considerados los siguientes aspectos para su elección:

- a) debería ser un medio de relativo bajo costo,
- b) fácil de distribuir y manipular,
- c) con información general pero precisa a la vez,
- d) que no requiriera de recursos adicionales para ser consultado (como televisores, videocassetas, técnicos, etc), y

e) que posibilitara al maestro su consulta cuando así lo deseara, entre otros aspectos.

Con base a lo anterior, se consideró que el medio más adecuado y que contemplase tales aspectos era el folleto, ubicándolo como un recurso informativo impreso.

En dicho material informativo se desarrollaron los contenidos en forma breve sobre el tema de estudio y de acuerdo a las siguientes características que menciona Rosa A. Spencer¹, y que fueron utilizadas para la elaboración del documento psicopedagógico (folleto) que aquí se propone:

1.- Contenido que tiene que expresar.

En este aspecto, se buscó que la información que se deseaba transmitir al docente, fuera clara y actual, por lo que se consideró que un material impreso como el folleto podría cumplir esta función. Para ello, fue necesario realizar un cuidadoso análisis del contenido que se incluiría en el mismo, así como la forma de presentar tal información; es decir, eligiendo solo los elementos teóricos generales que interesarían al docente y seleccionando las palabras adecuadas para presentar tal contenido.

Cabe aclarar que en base a las ventajas que implica la utilización de un recurso como el folleto, se intentó presentar el contenido en forma

¹ Spencer, Rosa A. Evaluación del Material Didáctico. México : Hermes Editorial; 1971, pág. 46.

original, por ello se proporciona en forma de preguntas y respuestas, buscando captar la atención del docente. A continuación se presenta la información que se incluyó en el documento referido, propuesta fundamental del presente trabajo:

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo al niño con Síndrome Hiperquinético se le ha tratado inadecuadamente, no solo en el hogar sino también en su salón de clases, pues se le confunde con un niño "mal educado", rebelde, desobediente y poco capaz académicamente.

Es por ello, que necesita mucho de ti como su maestro para lograr su éxito escolar.

Para poderlo ayudar, es muy importante que trates de acercarte a él, gracias al conocimiento de sus características y problemas.

1.- ¿Qué es el Síndrome Hiperquinético?

Es un trastorno causado por un inadecuado funcionamiento del Sistema Nervioso Central en el niño, todavía aún no muy bien

determinado. No por ello se le debe considerar como Retrasado Mental, ya que su inteligencia es normal.

El niño que lo padece presenta determinadas características, de las cuales las más conocidas son:

- Hiperactividad. Es decir, el niño se mueve constantemente en todo momento y lugar y sus movimientos no tienen un aparente objetivo o finalidad.*
- Agresividad.*
- No comprende las órdenes, ni el por que se le regaña o castiga.*
- Es torpe físicamente.*
- Presenta problemas de atención, afectando su capacidad de comprensión.*
- Presenta trastornos de aprendizaje, entre otros.*

Si tú como su maestro tienes un alumno que presenta estas características ("niño problema") no debes olvidar que él no es responsable de este trastorno; por lo tanto intenta conocerlo para que puedas comprenderlo y apoyarlo.

2.- ¿Quiénes presentan este Síndrome ?

Se presenta en niños quienes en tres diferentes momentos de su existencia pudieron tener algún tipo de alteración cerebral mínima aún

no muy bien determinada, misma que origina el subfuncionamiento del Sistema Nervioso Central. Tales momentos son:

-Antes del Nacimiento (factores prenatales); alteraciones debidas a algunas enfermedades infecciosas de la madre, disminución del oxígeno del feto, exposición excesiva de la madre a los rayos "X", ingesta de alcohol, etc.

-Durante el Nacimiento (factores natales); alteraciones que ocurren durante el momento del nacimiento, como: falta de oxígeno en el niño, aplicación deficiente de fórceps, parto prolongado, etc.

-Después del Nacimiento (factores postnatales); alteraciones debidas a enfermedades infecciosas del niño durante los primeros años de vida, traumas craneáneos, secuelas debidas a la incompatibilidad del factor RH entre la madre y el hijo, disminución del oxígeno en el niño por causa de algún accidente pasajero etc.

El Síndrome Hiperquinético es 10 veces más común en niños que en niñas, y según recientes investigaciones aproximadamente se presenta en el 3 al 5% de la población escolar. Cabe agregar que es precisamente en la edad escolar en donde las características típicas de este Síndrome suelen presentarse con mayor frecuencia.

3.- *¿Cómo se puede sospechar que existe un niño Hiperquinético en tu salón de clases?*

Puedes sospechar si presenta la mayoría de los siguientes elementos:

- a) Tiene excesiva inquietud motora: siempre está en movimiento (hiperactividad)*
- b) Se distrae fácilmente, y no suele terminar la tarea que empieza.*
- c) Impulsivo, hace o dice cosas sin pensar, no mide el peligro de sus actos; actividades escolares sucias, sin orden, comete errores por descuido; "provoca problemas" pues suele pelear con sus compañeros constantemente.*
- d) Es torpe físicamente y presenta dificultades para practicar algún deporte, al igual que para escribir o realizar actividades manuales.*
- e) Cambia bruscamente de estado de ánimo y es mal aceptado en el grupo, lo cual repercute en su baja autoestima y hace que casi no tenga amigos; se deprime y se aísla de los demás.*
- f) Problemas para percibir e integrar las cosas como un todo; problemas de memoria y concentración, dificultad para escribir y leer.*

4.- *¿Quiénes lo pueden ayudar?*

Al sospechar como maestro que en tu salón de clases uno de tus alumnos probablemente tenga este Síndrome, es necesario que acudas en primera instancia con el director(a) del plantel, o bien al departamento de

psicopedagógico (en caso de haberlo), a fin de que canalicen al niño con las personas adecuadas para que le apliquen las pruebas y estudios pertinentes.

El psicólogo aplicará sus conocimientos a fin de dar su diagnóstico una vez que evalúe en el niño su desarrollo conductual, afectivo, familiar y social, y aplique los test que considere conveniente.

El médico (preferentemente el neuropediatra) lo evaluará cuidadosamente apoyado en la información mencionada.

Por último, el pedagogo utilizando toda la información proporcionada por estos especialistas, establecerá la estrategia a seguir, desde el punto de vista académico.

Así, de confirmarse tu sospecha, se le dará el tratamiento adecuado a los problemas que presente el niño en el área física, psicológica y educativa.

Es muy importante que recuerdes que el médico, de considerarlo conveniente, es el único que podrá recomendar algún medicamento que ayude al niño. Sin embargo, es conveniente que estés informado respecto a los posibles efectos que el medicamento pudiera causar en el niño, ya que por lo general el sueño por ejemplo, suelen ser característico , entre otros efectos secundarios.

Desde el punto de vista pedagógico pocas veces se piensa en separar al niño de la escuela, ya que por lo general es adecuada su permanencia en el grupo, en donde en forma conjunta (padres, especialistas y tú) busquen el éxito del niño.

Sobre todo, no olvides que necesita mucho de ti para lograr su adecuado desarrollo como persona y como estudiante.

5.- *¿Qué puedes hacer tú como su maestro?*

Ante todo darte cuenta de la importancia que implica tu comprensión y apoyo hacia el niño.

Además, si lo deseas puedes tomar en cuenta los siguientes aspectos durante tu convivencia con tu alumno en el salón de clases:

PROCURA.

- *Propiciar la integración del niño al grupo en general.*
- *Motivarlo en forma constante a través de la competencia consigo mismo.*
- *No lo compares con tus otros alumnos, ni hagas públicos sus errores o incapacidades.*
- *Proporciónale actividades cortas, claras y adecuadas a sus capacidades, buscando garantizar su éxito.*
- *Enséñalo a escuchar, recordar y mantener la atención a través de actividades interesantes y cortas, evitando información innecesaria.*
- *Proporcionarle una rutina clara y precisa de trabajo, si es posible diferente para cada día de la semana.*
- *Premiarlo cuando cumpla con las tareas encomendadas o cuando lo creas prudente.*

- Estar pendiente respecto a los posibles efectos secundarios que pudiera presentar el niño, en caso de estar bajo algún medicamento (sueño, disminución del apetito, tristeza, lloriqueos etc, o en casos extremos vómito, temblor, agitación etc) a fin de que pudieras detectarlos.

- Mantener una estrecha y adecuada comunicación con los padres del niño para que exista continuidad respecto a la rutina de trabajo en la escuela y en el hogar.

Adicionalmente el pedagogo podrá proporcionarte apoyo para realizar tu práctica docente de una forma más adecuada a las necesidades del grupo en general y en particular a las del niño hiperquinético. Nunca olvides que la comunicación constante con el grupo de especialistas que atienden al niño, al igual que con sus padres, es fundamental para avanzar en una meta común: el desarrollo integral de tu alumno.

Si te interesa saber algo más sobre este síndrome en el niño, puedes consultar estos libros:

Taylor, E.A.

"El Niño Hiperactivo"

España: Martínez Roca, 1991.

Uriarte, Víctor.

"Hiperquinesia"

México: Trillas, 1989.

Velasco, Rafael.

"El Niño Hiperquinético"

México: Trillas; 3a. Edición, 1990.

o bien acudir a las siguientes instituciones:

DIF INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Periférico Sur 2905, Col. San Jerónimo Lídice

Delegación Magdalena Contreras; CP. 10200

Tel.: 5 95 57 62.

5 95 80 25.

SEP CLÍNICA DE LA CONDUCTA.

Presidente Masarik, 526

Col. Polanco.

Tel.: 2 80 83 47

2 80 36 09.

2.- **Objetivo que debe cumplir.**

En este aspecto, se intenta proporcionar a los maestros de educación primaria los elementos teóricos generales que les permitan ejercer su práctica docente en forma adecuada ante un caso de Síndrome Hiperquinético.

3.- **Público al que se dirige.**

Docentes de escuelas primarias. Lo anterior en virtud de que es en la escuela en donde el niño hiperquinético, por sus características, altera la dinámica del grupo y en donde, por el desconocimiento de su problemática, es constantemente rechazado y agredido, afectando particularmente su integración al grupo y su éxito escolar.

No se puede dejar de señalar que el folleto permite al maestro su consulta rápida; incluso, tomando en cuenta la carga de trabajo implícita en su labor diaria, tiene también la ventaja de un fácil manejo, al no necesitar instrumentos adicionales para revisarlo, como ya ha sido mencionado.

Por otro lado y respecto a los aspectos técnicos empleados para la elaboración del folleto en cuestión, se emplearon algunos elementos del

Diseño Gráfico², que sirvieron de apoyo para que el material gráfico fuese adecuado al público al que se dirige y cumpliera así el objetivo propuesto. Tales aspectos se describen a continuación:

FORMATO. Se utilizó en formato rectangular (conocido como retrato) cuyas dimensiones son 21.7 por 11.3 cm., a fin de facilitar su manejo.

BOCETO DE PÁGINAS. En la primera cara del folleto se encuentra la introducción; en medio del folleto se encuentra un cuadernillo que contiene la información a transmitir en forma de preguntas y respuestas. Finalmente en la cara del lado derecho se proporcionan algunos datos bibliográficos y de instituciones para una mayor información.

Cabe señalar la presencia de la frase "**Ayúdale a tiempo**" (slogan), que tiene como objetivo reforzar el mensaje y la intencionalidad del trabajo; tal frase se lee después de la portada.

ELECCIÓN DEL TIPO Y COLOR. La tipografía (tipo de letra) elegida se conoce como "eras", misma que por tener un tamaño y presentación adecuada se seleccionó. Fueron también utilizadas negrillas en algunas ocasiones para resaltar el título, slogan, las preguntas, así como las instituciones.

² Swann Alan. "Bases del Diseño Gráfico". España: Gustavo Gill, 1990; pág. 124 y ss.

Por otro lado, en base a las características del trabajo y al presupuesto para el mismo, se decidió realizar la impresión en láser y utilizando un papel cuyo color y textura fuera agradable (cartulina y papel cambric de color gris),.

Finalmente, cabe aclarar que el folleto como un recurso informativo dirigido a los maestros de educación primaria, pudiera convertirse en otro momento en un recurso didáctico, al apoyar la información que el Pedagogo pudiese transmitir al docente (o padres de familia) a través de conferencia o pláticas dirigidas a ellos.

CONCLUSIONES

Durante muchos años al Síndrome Hiperquinético se le identificó como Daño Cerebral Mínimo, Disfunción Cerebral Mínima, Reacción Hiperquinética o Hiperactividad, entre muchos otros términos; actualmente el DSM-III lo denomina Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad, sin embargo durante el desarrollo del presente trabajo se utilizó el término Síndrome Hiperquinético, por ser más conocido dicho término entre la población docente. Gracias al avance de las investigaciones respecto a esta patología, actualmente se puede señalar que su origen es orgánico (aunque aún no muy bien determinado) y al que se le ha relacionado directamente con un inadecuado funcionamiento del Sistema Nervioso Central.

Se pueden distinguir en este Síndrome, una serie de características específicas necesarias para poder considerarlo como tal. Las características que están presentes en la vida diaria del niño que padece tal patología son: Hiperactividad, Inatención, Impulsividad, Torpeza Motora, Problemas Afectivos y Trastornos en el Aprendizaje.

Respecto al diagnóstico y tratamiento del Síndrome que nos ocupa, deberán realizarse en el mejor de los casos por un grupo de especialistas

(médico, psicólogo y pedagogo) que buscarán en el trabajo conjunto y en la aplicación de sus conocimientos, el desarrollo integral del niño que presenta este Síndrome, tomando en cuenta siempre las necesidades específicas del primero.

La frecuencia con la que se ha reportado la presencia de niños con Síndrome Hiperquinético en México es del 3 al 5% en la población escolar en las escuelas primarias; cabe señalar que precisamente es en el salón de clases en donde afloran fácilmente las características que distinguen al Síndrome en cuestión, tales características afectan la conducta del niño así como su adecuado desarrollo escolar.

Asistir a la escuela, por tanto, se traduce para el niño en el fracaso constante, el castigo repetido y la actitud de rechazo de sus compañeros, con lo que se convertirá por lo general en el "Niño Problema".

Ante la necesidad evidente de orientar e informar al maestro respecto a la existencia del Síndrome Hiperquinético, así como de sus aspectos generales, buscando con ello hacerlo consciente del importante papel que cumple en su grupo escolar en el que pudiera presentarse dicha patología, se puede señalar el rol del pedagogo en relación al Síndrome Hiperquinético.

El papel del pedagogo respecto al Síndrome en estudio, puede dividirse en tres diferentes aspectos:

- Apoyo directo al niño hiperquinético a través de la elaboración y aplicación de un programa educativo diseñado en base a las necesidades académicas específicas del niño (posible tema de otro trabajo de investigación),

- apoyo directo a los padres, a través de pláticas informativas sobre el niño con Síndrome Hiperquinético (también tema que pudiera abordarse en otro momento) y,

- apoyo directo al maestro, quien en base a la orientación e información que el pedagogo le proporcione ante un caso de Síndrome Hiperquinético, aquél, con una actitud adecuada ante la posible presencia de la patología en cuestión, pueda sospechar de su existencia o bien propiciar las condiciones óptimas para un adecuado desarrollo integral del niño con Síndrome Hiperquinético.

En este tercer aspecto se basa la propuesta específica de proporcionar información general del Síndrome en cuestión a través de un documento psicopedagógico (folleto), elaborado especialmente para el docente de escuelas primarias.

Cabe aclarar que el documento que se propone en el presente trabajo de ninguna manera pretende proporcionar al docente toda la información que pudiera resolverle problemas específicos en cuanto a su relación con un alumno que presente la patología en cuestión, por ello no ha sido concebido como un manual o un "recetario de cocina" y solo se han contemplado en su contenido los aspectos generales del Síndrome, así como algunas recomendaciones que pudiera tomar en cuenta el maestro en su actividad docente.

El folleto que se propone, pudiera ser complementado a futuro con otro tipo de apoyo audiovisual sobre el niño en cuestión, lo que desde luego reforzaría la información que se desea posea el maestro, con lo que el folleto en cuestión serviría como recurso didáctico al apoyar prácticas respecto al niño con el Síndrome Hiperquinético, dirigidas tanto a padres como a maestros.

Por ahora la intención del presente trabajo fue proporcionar un documento psicopedagógico con el contenido adecuado, de fácil manejo y elaborado especialmente para el docente de escuelas primarias.

GLOSARIO

ATELECTASIA: Falta de expansión o dilatación de los pulmones en el recién nacido.

DIATESIS HEMORRÁGICA: Nombre genérico con que se designan las diferentes enfermedades hemorrágicas.

DISTOCIA: Parto anormal o patológico, generalmente debida a la forma, tamaño o posición del feto.

ENCEFALITIS LETÁRGICA. Enfermedad debida a virus del género ECHO, caracterizada por languidez y letargia, rigidez muscular y parálisis de los nervios craneales.

HIPEREMOTIVO. Emotividad exagerada.

HIPERSOMNIA. Sueño excesivo, patológico.

HIPOXIA: Estado caracterizado por déficit de oxígeno o la incapacidad de ser empleado adecuadamente por los tejidos.

NEUMOENCEFALOGRAFÍA: Consiste en la demostración de las cavidades del interior del cerebro, tras sustituir el líquido cefalorraquídeo con un medio de contraste gaseoso, que habitualmente es el aire.

PATOGNOMÓNICO: Signo o síntoma específico de una enfermedad que basta por sí solo para sentar el diagnóstico.

TOXEMIA: Enfermedad en la embarazada caracterizada por hipertensión arterial, edema, presencia de proteínas en la orina, crisis convulsivas y estado de coma.

TOXOPLASMOSIS: Enfermedad aguda o crónica del hombre y diversos animales, causada por el toxoplasma gondii. El contagio puede producirse por ingestión de carne que contiene quistes o directamente por ingesta de oocistos del polvo o del suelo contaminados por las heces de los gatos infectados.

BIBLIOGRAFÍA.

- CALDERÓN, G. R.: "El Niño con Disfunción Cerebral" México: Limusa; 1990.
- CHUSID, J.: "Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional" México: Manual Moderno; 1988.
- CRUICKSHANK, W.: "El Niño con Daño Cerebral" México: Trillas; 1982.
- CLARIZIO, H.: "Trastornos de la Conducta en el Niño". México: Manual Moderno; 1981.
- BAHENA, P.: "Instrumentos de Investigación ". México: Editores Mexicanos; 1988.
- BRAMBILA, B. et al.: Desórdenes por Déficit de la Atención. El Niño Hiperquinético. Revista de la Facultad de Medicina. México: UNAM; 1984, Vol. XXVIII, Año 27, No. 3.
- BROWN, W. et al.: "Instrucción Audiovisual".: México: Trillas, 1990.
- FLORES, P.: UN Programa de Prerrecurrentes de Escritura: Dos Casos de Estudio con Niños Hiperactivos. Ayudándolos a la Copia de Letra Minúscula Script". Tesis de Licenciatura en Psicología; México: Universidad Iberoamericana, 1984.
- GLEICHER, Norbert. Medicina Clínica en Obstetricia . Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1989.

- GORDEN, Ch. J. Problemas de Aprendizaje y Disfunción Cerebral.
España: Paidós, 1982.
- INGALLS. R. Retraso Mental.: México: Manual Moderno, 1982.
- KEMPE, O. et al. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico.
México: Manual Moderno, 1988.
- KINSBOUNE Y KAPLAN. Problemas de Atención y Aprendizaje en los Niños.
México: Prensa Médica Mexicana, 1990.
- LÓPEZ, C. Programa Cognitivo-Conductual: Incremento de Conductas Académicas, Social-Adaptativa y Decremento de la Actividad Motora en Niños Hiperactivos. Licenciatura en Psicología.
México; Universidad Iberoamericana, 1984.
- LÓPEZ M. La Toxemia del Embarazo.: México: Limusa, 1985.
- MYERS P. Métodos para Educar Niños con Dificultades en el Aprendizaje.
México: Limusa, 1983.
- NELSON W.E. Tratado de Pediatría.
México: Interamericana/ Mc Graw Hill. 1988.
- ORJALES V. et al. Eficiencia Terapéutica Diferencial e Hiperactividad Infantil, en Acta Médica Española. Vol. 46, No. 1, 1988, pág. 41-44.
- PADRÓ T. S. Y PORTILLO A. Propuesta de un Programa de Apoyo Psicopedagógico para Niños con Síndrome Hiperquinético Atendidos en un Centro de Salud de Zona Suburbana. Tesis de Licenciatura en Pedagogía: México: UNAM, ENEP Acatlán, 1989.

- RENSHAW D. El Niño Hiperactivo. México: La Prensa Médica, 1982.
- SALVAT, Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. España. 1984.
- SPENCER, R. Evaluación de Material Didáctico. México: Hermes, 1971.
- SUROS, BATLLO, J Y A. Semiología Médica y Técnica Exploratoria.
México: Salvat, 1987.
- SWANN, A. Bases del Diseño Gráfico. España: Gustavo Gili, 1990.
- TAYLOR, E.A. El Niño Hiperactivo. España: Martínez Roca, 1991.
- URIARTE, V. Hiperquinesia. México: Trillas, 1989.
- UNAM, ENEP ACATLÁN. Organización Académica de la Licenciatura en Pedagogía. México, 1986.
- VALDÉS, M.M. et al. DSM-III-R Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. España: Masson, 1988.
- VELASCO, F. R. El Niño Hiperquinético. México: Trillas; tercera edición, 1990.

**EL
NIÑO
CON
SÍNDROME
HIPERQUINÉTICO**



urante mucho tiempo al niño con Síndrome Hiperquinético se le ha tratado inadecuadamente, no solo en el hogar sino también en su salón de clases, pues se le confundió con un niño "mal educado", rebelde, desobediente y poco capaz académicamente.

Es por ello, que necesita mucho de tí como su maestro para lograr su éxito escolar.

Para poderlo ayudar, es muy importante que trates de acercarte a él, gracias al conocimiento de sus características y problemas.

EL NIÑO CON SÍNDROME HIPERQUINÉTICO

- 1.- Qué es el Síndrome Hiperquinético?
- 2.- ¿Quiénes presentan este Síndrome?
- 3.- ¿Cómo puedes sospechar que existe un niño hiperquinético en tu salón de clases?
- 4.- ¿Quiénes lo pueden ayudar?
- 5.- ¿Qué puedes hacer tú como su maestro?

Es un trastorno causado por un inadecuado funcionamiento del Sistema Nervioso Central del niño, todavía aún no muy bien determinado. No por ello se le debe considerar como Retrasado Mental, ya que su inteligencia es normal.

El niño que lo padece presenta determinadas características, de las cuales las más conocidas son:

- Hiperactividad. Es decir, el niño se mueve constantemente en todo momento y lugar, sus movimientos no tienen un aparente objetivo o finalidad.
- Agresividad.
- No comprende las órdenes, ni el por qué se le regaña o castiga.
- Es torpe físicamente.
- Presenta problemas de atención, afectando su capacidad de comprensión.
- Presenta también trastornos de aprendizaje, entre otros.

Si tú como su maestro, tienes un niño que presenta estas características ("niño problema") no debes olvidar que él no es responsable de este trastorno; por lo tanto intenta conocerlo para que puedas comprenderlo y apoyarlo.

1.- Qué es el Síndrome Hiperquinético?

2.- Quiénes presentan este Síndrome?

3.- ¿Cómo puedes sospechar que existe un niño hiperquinético en tu salón de clases?

4.- ¿Quiénes lo pueden ayudar?

5.- ¿Qué puedes hacer tú como su maestro?

Se presenta en niños quienes en tres diferentes momentos de su existencia pudieron tener algún tipo de alteración cerebral mínima aún no muy bien determinada, misma que origina el subfuncionamiento del Sistema Nervioso Central. Tales momentos son:

- Antes del Nacimiento (factores prenatales); alteraciones debidas a algunas enfermedades infecciosas de la madre, disminución del oxígeno del feto, exposición excesiva de la madre a los rayos "X", ingesta de alcohol, etc.

Durante el Nacimiento (factores natales); alteraciones que ocurren durante el momento de nacimiento, como: falta de oxígeno en el niño, aplicación deficiente de fórceps, parto prolongado, etc.

Después del Nacimiento (factores postnatales); alteraciones debidas a enfermedades infecciosas del niño durante los primeros años de vida, traumas craneáneos, secuelas debidas a la incompatibilidad del factor RH entre la madre y el hijo, disminución del oxígeno en el niño por causa de algún accidente pasajero etc.

El Síndrome Hiperquinético es 10 veces más común en niños que en niñas, y según recientes investigaciones aproximadamente se presenta en el 3 al 5% de la población escolar. En esta edad escolar es donde las características típicas de este Síndrome son más frecuentes.

2.- ¿Quiénes presentan este Síndrome?

3.- ¿Cómo puedes sospechar que existe un niño hiperquinético en tu salón de clases?

4.- ¿Quiénes lo pueden ayudar?

5.- ¿Qué puedes hacer tú como su maestro?

Puedes sospechar si presenta la mayoría de los siguientes elementos:

a) Tiene excesiva inquietud motora: siempre está en movimiento [hiperactividad].

b) Se distrae fácilmente, y no suele terminar la tarea que empieza.

c) Impulsivo, hace o dice cosas sin pensar, no mide el peligro de sus actos; actividades escolares sucias, sin orden, comete errores por descuido; "provoca problemas" pues suele pelear con sus compañeros constantemente.

d) Es torpe físicamente y presenta dificultades para practicar algún deporte, al igual que para escribir o realizar actividades manuales.

e) Cambia bruscamente de estado de ánimo y es mal aceptado en el grupo, lo cual repercute en su baja autoestima y hace que casi no tenga amigos; se deprime y se aísla de los demás.

f) Problemas para percibir e integrar las cosas como un todo; problemas de memoria y concentración; dificultad para escribir y leer.

3.- ¿Cómo puedes sospechar que existe un niño hiperquinético en tu salón de clases?

4.- ¿Quiénes lo pueden ayudar?

5.- ¿Qué puedes hacer tú como su maestro?

Al sospechar como maestro que en tu salón de clases uno de tus alumnos probablemente tenga este Síndrome, es necesario que acudas en primera instancia con el director(a) del plantel, o bien al departamento psicopedagógico (en caso de haberlo), a fin de que canalicen al niño con las personas adecuadas para que le apliquen las pruebas y estudios pertinentes.

El Psicólogo aplicará sus conocimientos a fin de dar su diagnóstico una vez que evalúe en el niño su desarrollo conductual, afectivo, familiar y social, y aplique los test que considere conveniente.

El médico (preferentemente el neuropediatra) lo evaluará cuidadosamente apoyado en la información mencionada.

Por último el pedagogo utilizando toda la información proporcionada por estos especialistas, establecerá la estrategia a seguir, desde el punto de vista académico.

Así, de confirmarse tu sospecha, se le dará el tratamiento adecuado a los problemas que presente el niño en el área física, psicológica y educativa.

Es muy importante que recuerdes que el médico, de considerarlo conveniente, es el único que podrá recomendar algún medicamento que ayude al niño. Sin embargo, es conveniente que estés informado respecto a los posibles efectos que el medicamento pudiera causar en el niño, ya que por lo general el sueño por ejemplo, suele ser característico, entre otros efectos secundarios. Desde el punto de vista pedagógico pocas veces se piensa en separar al niño de la escuela, ya que por lo general es adecuada su permanencia en el grupo, en donde en forma conjunta (padres, especialistas y tú) busquen el éxito del niño. Sobre todo, no olvides que necesita mucho de ti para lograr su adecuado desarrollo como persona y como estudiante.

4.- ¿Quiénes lo pueden ayudar?

5.- ¿Qué puedes hacer tú como su maestro?

Ante todo darte cuenta de la importancia que implica tu comprensión y apoyo hacia el niño.

Además, si lo deseas puedes tomar en cuenta los siguientes aspectos durante tu convivencia con tu alumno en el salón de clases:

PROCURA:

- Propiciar la integración del niño al grupo en general.
- Motivarlo en forma constante a través de la competencia consigo mismo.
- No compararlo con tus otros alumnos, ni hacer públicos sus errores o incapacidades.
- Proporcionarle actividades cortas, claras y adecuadas a sus capacidades, buscando garantizar su éxito.
- Enseñarlo a escuchar, recordar y mantener la atención a través de actividades interesantes y cortas, evitando información innecesaria.
- Proporcionarle una rutina clara y precisa de trabajo, si es posible diferente para cada día de la semana.
- Premiarlo cuando cumpla con las tareas encomendadas o cuando lo creas prudente.

Estar al pendiente respecto a posibles efectos secundarios que pudiera presentar el niño, en caso de estar bajo algún medicamento [sueño, disminución del apetito, tristeza, lloriqueos etc. ó en casos extremos vómito, temblor, agitación, etc] afin de que pudieras detectarlos.

Adicionalmente el Pedagogo podrá proporcionarte apoyo para realizar tu práctica docente de una forma más adecuada a las

Ante todo darte cuenta de la importancia que implica tu comprensión y apoyo hacia el niño.

Además, si lo deseas puedes tomar en cuenta los siguientes aspectos durante tu convivencia con tu alumno en el salón de clases:

PROCURA:

- Propiciar la integración del niño al grupo en general.
- Motivarlo en forma constante a través de la competencia consigo mismo.
- No compararlo con tus otros alumnos, ni hacer públicos sus errores o incapacidades.
- Proporcionarle actividades cortas, claras y adecuadas a sus capacidades, buscando garantizar su éxito.
- Enseñarlo a escuchar, recordar y mantener la atención a través de actividades interesantes y cortas, evitando información innecesaria.
- Proporcionarle una rutina clara y precisa de trabajo, si es posible diferente para cada día de la semana.
- Premiarlo cuando cumpla con las tareas encomendadas o cuando lo creas prudente.

Estar al pendiente respecto a posibles efectos secundarios que pudiera presentar el niño, en caso de estar bajo algún medicamento (sueño, disminución del apetito, tristeza, lloriqueos etc, ó en casos extremos vómito, temblor, agitación, etc) afin de que pudieras detectarlos.

Adicionalmente el Pedagogo podrá proporcionarte apoyo para realizar tu práctica docente de una forma más adecuada a las

necesidades del grupo en general y en particular a las del niño hiperquinético. Nunca olvides que la comunicación constante con el grupo de especialistas que atienden al niño, al igual que con sus padres, es fundamental para avanzar en una meta común: el desarrollo integral de tu alumno.

Si te interesa saber algo más sobre este Síndrome en el niño, puedes consultar estos libros:

- Taylor, E.A.

"El niño Hiperactivo"

España: Martínez Roca, 1991.

- Uriarte, Víctor

"Hiperquinesia"

México: Trillas 1989.

- Velasco, Rafael.

"El niño Hiperquinético"

México: Trillas; 3a Edición, 1990.

o bien acudir a las siguientes Instituciones:

- DIF** INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
Periférico Sur 2905, Col. San Jerónimo
Lidice. Del. Magdalena Contreras;
C.F. 10200
Tel 595 57 62 595 80 25
- SEP** CLÍNICA DE LA CONDUCTA
Presidente Masarik, 526
Col. Polanco
Tel: 280 83 47 280 36 09

¡AYÚDALO A TIEMPO!

Elaboración: Laura Sandoval

Diseño: Sofía Román
Maritza Rodal

México, D.F. 1994.