

60207



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA**



TESINA:

**EL SINDROME HIPERQUINETICO COMO CAUSAL DE
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE**

PRESENTA:

ALMA CRISTINA RODRIGUEZ SANCHEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PEDAGOGIA

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F. 1994



COLEGIO DE PEDAGOGIA

**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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	2
CAPITULO 1. QUE ES EL SINDROME HIPERQUINETICO?.....	4
CAPITULO 2. CUALES SON LAS CAUSAS DEL SINDROME HIPERQUINETICO	11
CAPITULO 3. SINTOMATOLOGIA. COMO SE MANIFIESTA EL SINDROME HIPERQUINETICO?	16
CAPITULO 4. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE COMO CAUSAL DEL SINDROME HIPERQUINETICO	21
CAPITULO 5. DIAGNOSTICO	25
CAPITULO 6. TRATAMIENTO	29
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	40

INTRODUCCION.

Actualmente es común encontrar en los ambientes escolares casos de niños que demuestran en su comportamiento una inquietud considerable, una actividad constante que les ocasiona tener una conducta reprobable que provoca entre otros problemas importantes en su aprendizaje que redundarán en su avance académico, así como en todo su desarrollo integral desde su infancia hasta su adultez.

Este trabajo pretende mediante la recopilación bibliográfica orientar al lector interesado en este tema y especialmente apoyar a los padres y maestros cuya situación sea la de educar a un niño hiperquinético, proporcionándoles las causas y manifestaciones del Síndrome Hiperquinético, elementos que les ayudarán a comprender el problema en sí y les permitirán estar en una posición más positiva para su atención.

En el desarrollo de esta investigación menciono el por qué de la definición del título de este trabajo, ofrezco algunos conceptos generales, así como antecedentes del mismo. Retomo posibles factores que pueden provocar la existencia del síndrome, mencionando aspectos de origen genético, pre-peri y postnatales, así como aspectos bioquímicos y sociales.

Un capítulo lo refiero a la sintomatología en donde se exponen los síntomas como este síndrome se manifiesta, tales como aspectos conductuales, de aprendizaje, de desarrollo y social afectivos. Apoyando el aspecto de sintomatología amplio la investigación con un enfoque más específico sobre problemas de aprendizaje como consecuencia del síndrome que permita al lector un conocimiento más profundo de los problemas escolares que se presentan en estos casos para así poder realizar un diagnóstico más certero y preciso que evalúe el grado del problema y que coadyuve en fundamentar y estructurar el tratamiento interdisciplinario a seguir.

En esta investigación retomo para el tratamiento apoyos psicológicos, médicos o farmacológicos, ofreciendo especialmente desde el punto de vista pedagógico una orientación sobre los posibles problemas de aprendizaje que pueden presentarse en los casos con hiperquinesis.

Deseo así la presente investigación cubra los fundamentos básicos para poder comprender los casos de Síndrome Hiperquinético y partir de éstos para realizar un estudio particular de un caso y estar en posición de ofrecer el tratamiento idóneo para el mismo.

CAPITULO 1.

QUE ES EL SINDROME HIPERQUINETICO ? CONCEPTOS GENERALES Y DEFINICION..

En cualquier lugar donde haya vivido el ser humano han existido niños siempre sobreactivos, inquietos que han tenido dificultades para tener una relación adecuada entre ellos y su medio. Esta relación inadecuada que es consecuencia de un comportamiento diferente, está siendo estudiado, ya que el mismo impide que los niños con esas características se desarrollen convenientemente de acuerdo a su capacidad intelectual en el ámbito escolar, incurriendo en incapacidades para el aprendizaje.

En cualquier época, como ahora estos niños deben ser atendidos en forma especial y por lo especial que es su problema, considero que ha sido difícil precisar un nombre que en forma profesional clasifique la problemática que presentan.

Para la definición del título de este trabajo me enfrenté inicialmente a la pregunta de qué término emplear. Los diversos autores que han tratado este tema no han llegado a un acuerdo en la definición de un nombre.

El estudio de literatura sobre el tema me permitió saber que existe una terminología extensa con la que se ha clasificado a este trastorno, terminología que es ligeramente distinta entre sí, pero relacionada en esencia con el mismo tipo de problema. La terminología sobre el tema nos ofrece más de 30 nombres técnicos los cuales confunden no sólo a los padres que tienen hijos con ese problema, sino al profesional interesado en el tema.

De entre la terminología que cita Cruickshank (1) menciono algunos nombres utilizados, éstos son: disfunción cerebral mínima (D.C.M.), niño con daño cerebral, niño con lesión cerebral, impedimento neurológico, inmadurez neurofisiológica,

(1) Cruickshank, William M. **El niño con daño cerebral**. Ed. Trillas, México, D. F., 1986. p. 20

síndrome cerebral crónico, niño hiperactivo, síndrome hiperquinético, etc.

Los primeros 6 nombres son términos que se utilizan comúnmente en el ámbito médico y algunas veces psicológico. A continuación proporciono la explicación teórica de los tres primeros:

DISFUNCION CEREBRAL MINIMA. (D.C.M.). Ha sido explicada como un funcionamiento alterado que se puede derivar de ligeras lesiones corticales, de lesiones microscópicas diversas o de una inmadurez en los tejidos cerebrales por prematura mielinización del sistema nervioso central y que no es evidente en el diagnóstico médico. Actualmente con los instrumentos de diagnóstico con los que se cuenta no se ha podido demostrar.

Víctor Uriarte (2) indica que se trata de una alteración de alguna función del cerebro que es de escasa magnitud.

DAÑO CEREBRAL. Supone un deterioro anatómico en la corteza cerebral, que se refleja en el registro encefalográfico alterado y que afecta los procesos de pensamiento, aprendizaje y ejecución motora del niño.

LESION CEREBRAL. Supone que existe un defecto en el tejido cerebral. Este término se emplea cuando se obtienen signos neurológicos ligeros, cuando existe antecedente de accidentes craneales durante el embarazo, el parto o la primera infancia.

Estos términos nos permiten confirmar la gran confusión que ha existido para denominar este trastorno al que se le ha nombrado por los fenómenos que lo pueden provocar como son los tres términos antes explicados.

Si bien estos términos tienen una fundamentación teórica válida como se explica y bien pudieran ser empleados para este tema, considero que para efectos de realizar una investigación que pueda servir de orientación para padres y profesores

que enfrenten esta problemática, es conveniente utilizar un término que nos precise en forma sencilla, comprensible y lo más completa posible el problema en sí, ya que a pesar de que se reporte como de escasa magnitud como la D.C.M., para efectos de desarrollo integral del niño provoca trastornos funcionales importantes.

De acuerdo a mi interés, considero que los dos últimos términos que enlisto de Cruickshank, éstos son niño hiperactivo y síndrome hiperquinético, definen en forma más apropiada el tema a abordar, el significado de los mismos es el siguiente:

La palabra hiperactividad se deriva de la raíces etimológicas hiper, que significa elevado, excesivo y actividad que significa acción.

La palabra hiperquinesis se deriva de la raíces etimológicas hiper que significa elevado, excesivo y kinesis, que significa movimiento, ésto es entonces "movimiento excesivo".

Ahora bien, la literatura sobre este tema es común que nos presente el término hiperquinesis aunado al vocablo síndrome. Síndrome es el conjunto de síntomas que caracteriza un cuadro patológico reconocible. Es un término médico usado en psicopatología para referirse a ciertos cuadros o conjunto de características que no constituyen necesariamente verdaderas enfermedades.

Es importante mencionar que el término síndrome hiperquinético, entre una de sus características de sintomatología cita a la hiperactividad como signo cardinal; así esta última está considerada entonces como un síntoma del síndrome hiperquinético.

Entonces, para la definición de un nombre que considero engloba mejor el título de este trabajo, utilizaré el término **síndrome hiperquinético** que nos refiere al conjunto de características que conforman el fenómeno de la hiperquinesis.

No dudo que los términos empleados para este problema pudieran ser incrementados, como: trastorno de la atención con hiperquinesis, trastorno del aprendizaje, etc., y que se designe a uno como el más revolucionario o actualizado que se considere define el problema en sí, pero en tanto exista tanta diversidad y

confusión de nombres y no haya un acuerdo preciso sobre el término de este problema, utilizaré el término síndrome hiperquinético que para los fines de mi investigación cumple con el propósito de titular este trabajo.

ANTECEDENTES.

Entre algunos de los antecedentes en los estudios del síndrome hiperquinético, Velasco (3) cita que en 1902 el médico inglés G.F. Still describió en un artículo publicado en la Revista Lancet, la sintomatología que presentaban los niños que padecían un daño cerebral evidente.

Victor Uriarte (4) menciona las observaciones de Hohman 1922 acerca de las alteraciones conductuales que aparecían en los niños afectados por la encefalitis. En dichas observaciones se describió como los niños afectados de este proceso inflamatorio cerebral desarrollaban, con el tiempo y de por vida, trastornos como la conducta antisocial, hiperquinesia, incapacidad para concentrarse en actividades intelectuales, impulsividad, labilidad emocional, etc., F.G. Ebaugh estudió las secuelas neuropsiquiátricas de estos padecimientos como la encefalitis que produce con frecuencia cambios cerebrales estructurales.

En 1934 los doctores Kahn y Cohen describieron un síndrome al que llamaron "orgánico cerebral" caracterizado por un alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y por la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas. En 1947 Strauss y sus colaboradores hicieron una descripción clínica completa de este cuadro en el que se ve afectada principalmente el área de la conducta.

(3) Velasco, Fernández Rafael. El niño hiperquinético. Los síndromes con disfunción cerebral. Ed. Trillas, México, D. F., 1982, p.23 y 24.

(4) Uriarte, Victor. Hiperquinesia. Ed. Trillas, México, D. F. 1989, p. 24

Renshaw Domeena (5) cita que en 1954 el Dr. Maurice W. Laufer, en colaboración con Denhoff y Salomons del Instituto Internacional de Psiquiatría Infantil, presentó un trabajo titulado "Desórdenes del impulso hiperquinético en los problemas de conducta infantil" que marcó un cambio en las ideas científicas acerca de este trastorno en cuanto a acercarse a una definición más específica.

Así, nuevas investigaciones se han realizado contando a la fecha con un conocimiento más amplio de este síndrome.

GRADO DE INCIDENCIA.

La Doctora Renshaw de sus investigaciones clínicas y experimentales como Directora del Programa para niños del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Loyola, Chicago, estima que este trastorno hiperquinético ocurre hasta en el 7% de la población infantil en edad escolar en Estados Unidos.

Lambert, Sandoval y Sassone (6) en estudio realizado por la Universidad de California con 5000 niños de escuelas elementales y teniendo como parámetro de medición de hiperquinesis el hogar, la escuela y el médico, concluyó que el 10% de esta muestra eran niños hiperquinéticos.

En México, en casos atendidos por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto de la Salud Mental, en su Informe de Actividades de 1981 a 1988, encontraron que un 4.5% de la población atendida tuvieron el trastorno hiperquinético. En dicho instituto en el año de 1991 atendieron 4082 casos, de los cuales 238 niños presentaron problema hiperquinético, ésto es un 5.8%. (7)

(5) Renshaw, Domeena. **El niño hiperactivo.** La Prensa Médica Mexicana, México, D. F., Trad. Carolina A. de Fournier. 1986, p. 6.

(6) Lambert, N., Sandoval J. y Sassone D. **Prevalence of hyperactivity in Elementary School.** American J. Orthopsychiatry. 48 (3) July 1978. p.446.

(7) **Informes de Actividades de 1981 a 1988 y 1991.** Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Instituto Nacional de Salud Mental. México, D.F.

Considero que este grado de incidencia puede variar de acuerdo a los criterios empleados en el diagnóstico, pero lo trascendente de esta existencia es el problema que representa para pediatras, maestros y padres.

PREVALENCIA.

Según algunos autores como Renshaw y Velasco (8) mencionan que se ha observado que este problema tiene una predominancia en niños sobre niñas en una proporción de 4 - 1.

Uriarte, Victor (9) en Conferencia en donde citó sus trabajos institucionales en la Clínica de la Conducta, Centros Psicopedagógicos de la SEP y en el Instituto Nacional de Salud Mental durante más de 8 años, mencionó que este trastorno tiene una proporción entre niños y niñas de 10 a 2.

Lambert, Sandoval y Sassone reportan en investigaciones de prevalencia de hiperquinesis que en estudios hechos por Werner durante 10 años de 750 niños encontraron que 9% de los niños contra 3% de las niñas presentaban evidencia de este trastorno.

FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE EL PROBLEMA EXISTA O SE RECONOZCA.

La situación socio-económica de los países desarrollados y subdesarrollados pueden influir para que este problema exista, ya que un niño puede verse afectado desde su gestación, durante su nacimiento y en el transcurso de su desarrollo infantil, pudiendo ocasionarse ésto por el ambiente que conlleve determinados factores socio-económicos.

(8) Velasco, Fernández Rafael. op. cit. p. 24.

(9) Uriarte, Victor. Conferencia: Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperquinesia Infantil. División de Educación Continua. Facultad de Psicología. Marzo 15, 1993.

Lambert, Sandoval y Sassone (1978) en sus investigaciones de prevalencia de la hiperquinesia en la escuela elemental, publicado en la revista *American Journal of Orthopsychiatry* (1978) reportan que el número de casos de niños hiperquinéticos se ha ido incrementando o bien se están reconociendo más casos y señalan algunas de las posibles explicaciones:

a) Los factores etiológicos cambian, por ejemplo existen cambios en los tipos de alimentación, algunos problemas de contaminación.

b) Los factores socio-económicos varían; por ejemplo los laboratorios están promoviendo el uso de medicamentos para niños y por consecuencia los médicos diagnostican con mayor frecuencia hiperactividad con el fin de justificar la prescripción.

c) La sofisticación de la evaluación está incrementándose y los clínicos están reconociendo con mayor facilidad la condición.

CAPITULO 2.

CUALES SON LAS CAUSAS DE LA HIPERQUINESIS ?

En virtud de que no hay una causa o causas definidas que permitan precisar el origen del síndrome hiperquinético, el presente capítulo tendrá la finalidad de mencionar los factores causales que pueden provocar la existencia del mismo. Entre las causas se exponen aspectos genéticos, prenatales, perinatales, postnatales, bioquímicos y sociales.

En general, los autores que sobre el tema se investigaron indican que las causas están todavía en fase hipotética, ya que no se han confirmado plenamente. Las causas pueden surgir de diversas etapas del desarrollo, como son:

CAUSAS GENETICAS.

Morrison y Stewart (10) consideran a la hiperquinesis de origen hereditario, basándose para decir esto en estudios con familias de niños que padecen el síndrome, ya que se han encontrado en ambos lados de las familias que se presentan condiciones psiquiátricas con mayor frecuencia de lo esperado. Entre las condiciones encontradas por éstos reportan que el 14% de los padres tenían conductas antisociales, comparado con un 4% de los del grupo de control. Un 43% presentó hiperquinesis en edad escolar contra un 5%; 12% tuvo problemas de pronunciación contra 5%; los padres mostraban torpeza manual con mayor frecuencia; 14% de las madres de hiperquinéticos cursó la primaria con problemas de aprendizaje contra 7% de los del grupo de control; 15% de éstas padecía de cualquier tipo de neurosis comparado contra un 5% del grupo de control.

Las siguientes son teorías que suponen que el síndrome hiperquinético es causado por factores orgánicos debidos a una disfunción cerebral o a una lesión cerebral durante ciertas etapas:

(10) Morrison, J.R. y Stewart, M.A. **A family study of the hyperactive child syndrome** en *Biolog. Pshychiatry* 3, 1972, p. 189-195.

CAUSAS PRENATALES.

Velasco (11) indica las siguientes causas que pudieran afectar al producto en el útero: padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubeola, infección por virus, toxoplasmosis (infección en útero) anemia grave, aspiración de monóxido de carbono por la madre, hipotensión severa, infartos placentarios, hemorragia cerebral del producto producida por toxemia del embarazo, trauma directo, exposición excesiva de rayos X, disturbios metabólicos, especialmente diabetes mellitus; factor RH causal de Kernicterus.

Uriarte (12) menciona que la administración de fármacos como: antibióticos y anticonvulsivos durante la gestación, puede aumentar el riesgo de la hiperquinesia.

El alcoholismo se relaciona también como causa que puede provocar hiperquinesia, pues investigaciones han reportado que hijos de padres alcohólicos muestran mayor porcentaje de hiperactividad.

Una concentración de plomo, sin llegar a nivel tóxico, puede también causar hiperactividad, Ross y Ross (13) cita que David Clark y Voeller (1972) encontraron niveles elevados de plomo en el cuerpo de 50% de los sujetos hiperquinéticos, demostrando el alto nivel de plomo en la orina de los mismos.

Los estudios investigados me permiten saber que los diversos autores confieren una correlación alta entre los trastornos del embarazo y los trastornos del alumbramiento.

(11) Velasco, Fernández Rafael. op. cit. p. 25

(12) Uriarte, Victor, op. cit. p. 12

(13) Ross, D.M. y Ross, S. A., **Hyperactivity: Research, Theory and action**, Nueva York: John Wiley and Sons, 1976.

CAUSAS PERINATALES.

Velasco (14) cita las siguientes:

1. Anoxia neonatorum producida por: obstrucción mecánica respiratoria atelectasias, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa e hipotensión pronunciada.
2. Todas las causas capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente de forceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción por ocitocitos, etc.

Renshaw (15) comenta que es probable que perjudique al niño el parto inducido antes del término normal del embarazo y el control artificial de todo el proceso de nacimiento. Igualmente, indica que se están estudiando los efectos a largo plazo de los medicamentos usados para controlar la labor del parto.

CAUSAS POSTNATALES.

Velasco (14) menciona que las más frecuentes son:

1. Enfermedades infecciosas durante los primeros meses como la tosferina, el sarampión, la escarlatina y las neumonías, la encefalitis y la meningitis.
2. Traumatismos craneanos, secuelas debidas a incompatibilidad de factor RH, neoplasias cerebrales, anoxias accidentales pasajeras.

Un alto índice de niños que sufren crisis febriles en edad temprana tienen después hiperactividad.

Otra teoría menciona que la hiperactividad es causa de descargas convulsivas, ésto se apoya en el hecho de que la mayoría de los niños epilépticos tienen como problema secundario la hiperactividad.

(14) Velasco, Fernández, Rafael, op. cit. p. 26

(15) Renshaw, Domeena. op.cit. p.75

Uriarte (16) menciona que en Estados Unidos la lesión cerebral es la causa de que innumerables niños tengan alteraciones neuropsiquiátricas residuales a consecuencia de un traumatismo. Una de ellas y la más frecuente es la hiperquinesia, de modo que aunque no constituye una alteración importante para la salud del niño, sus alteraciones conductuales pueden ser considerables.

Velasco menciona que en términos generales se acepta que de entre las causas pre-peri y postnatales, las perinatales son las más importantes y frecuentes, 70 a 80% de los casos; en tanto que las prenatales se presentan en 10 a 15% y las restantes actúan ya durante la vida extrauterina.

CAUSAS BIOQUIMICAS:

Algunos autores que han realizado trabajos experimentales sobre el papel de la bioquímica en la hiperquinesis mencionan que ésta se debe a un trastorno hormonal, Wender (17) en un estudio demostró que la administración de testosterona, incrementó el nivel de las monoaminas en las ratas, dando con esto lugar a un decremento de la hiperactividad. Entre sus especulaciones menciona que como la actividad androgénica normalmente se eleva durante la pubertad, esto puede significar un aumento en las monoaminas, explicando en esta forma el por qué la hiperquinesis disminuye o desaparece durante la adolescencia.

Tal vez implicaciones de esta teoría pueden explicar a qué se debe que el síndrome hiperquinético afecta más a los niños que a las niñas y constituye un problema de más difícil control para los niños.

(16) Uriarte, Victor. op.cit. p.88

(17) Wender, Paul H. Some speculations concerning a possible biochemical basis of minimal brain dysfunction. Life Sciences, 1974, May. Vol. 14, p. 605-621.

CAUSAS SOCIALES:

Entre los factores sociales que se han asociado al síndrome, encontramos: un inadecuado manejo familiar, poca afectividad, abandono y riñas familiares, situaciones aversivas, elevada crítica paterna, escasa paciencia de la madre.

En cuanto a las relaciones padre-hijo, madre-hijo, se encontró que en los niños hiperquinéticos existía una mayor comunicación entre los últimos. Sin embargo, cuando se presenta por parte de la madre escasa paciencia, actitud demandante, indiferencia, poco amorosa, etc., la actitud hiperquinética del niño se agravaba.

Las causas presentadas permiten tener una visión de los principales factores que pueden provocar la manifestación del síndrome hiperquinético, sin embargo, no existe todavía un acuerdo determinante entre los diversos autores, ya que las mismas no se han confirmado del todo. En el estudio de casos con síndrome hiperquinético se observa que ciertas causas tienen mayor incidencia, éstas podrán tratar de disminuirse pero otras continuarán siendo inevitables en sus distintos momentos de riesgo.

CAPITULO 3.

SINTOMATOLOGIA. COMO SE MANIFIESTA?

Algunas madres de niños hiperquinéticos han manifestado que desde el tercer trimestre de su embarazo notaron que sus hijos presentaban gran movimiento dentro del útero, "pateaban mucho". Victor Uriarte (18) en investigaciones cita que el 25% de las madres afirmaba lo anterior. Esta hipermotilidad será una constante desde los primeros meses de vida. Otra conducta que los niños hiperquinéticos manifestaban es que dormían poco, 23% de los niños manifestaban este trastorno contra un 6% de el grupo de control. Otra manifestación es que lloraban exageradamente, el grupo hiperquinético tuvo un porcentaje del 19% contra un 8% del grupo de control. La irritabilidad se manifestó en un 39% contra un 9%.

Ross (19) menciona que estos periodos de hipermotilidad, irritabilidad, etc., producen en el niño estímulos internos que no le permiten tener la suficiente tranquilidad que le posibilite explorar su medio ambiente, cayendo en un déficit vivencial que tendrá implicaciones considerables para el desarrollo cognoscitivo posterior.

A continuación se presentan los síntomas que más comúnmente se asocian con el síndrome hiperquinético, siendo éstos de tipo conductual, de aprendizaje, de desarrollo y social-afectivos.

ASPECTOS CONDUCTUALES.

La hiperquinesis o hiperactividad es el más notorio de los trastornos de la conducta, se trata de un verdadero estado de movilidad casi permanente. Esta hiperactividad muestra actitudes repetitivas, sin un propósito fijo ni útil, el niño es incapaz de suprimir la actividad a pesar de recibir órdenes precisas.

(18) Uriarte, Victor. op. cit. p. 55

(19) Ross, D. op. cit. p. 29

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesis, el niño utiliza la misma para atraer la atención, hablando por hablar (muchas veces sin tener nada que decir).

El niño hiperquinético demuestra síntomas de destructividad, agresividad, Rafael Velasco (20) menciona que la primera se reconoce fácilmente en el hogar en donde el niño destruye objetos, juguetes y la segunda se manifiesta mediante crueldad con animales, agresiones exageradas ante estímulos que no lo ameritan con familiares y después en la escuela con compañeros.

Baja tolerancia a la frustración. Víctor Uriarte (21) nos dice que la pobre capacidad para controlar los impulsos que tiene el niño hiperquinético, quien no puede controlar su comportamiento, ante cualquier dificultad se desesperará; demostrando gran irritabilidad por su baja tolerancia a las frustraciones, las cuales manifiesta en conductas inadecuadas como rabietas, berrinches, necedades, etc. Tanto los estímulos frustrantes como los placenteros provocan en el niño respuestas exageradas de enojo o de júbilo.

Otro trastorno del campo emocional es la disforia, la cual se caracteriza por la depresión, la deficiente autoestima, la ansiedad y la anhedonia, que es la incapacidad para experimentar placer "nunca se le puede satisfacer completamente".

Otro síntoma es la impulsividad que implica que el niño actúe sin razonar, haciendo lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias (se le toma por temerario). Es importante observar que esta impulsividad requerirá una constante supervisión de las conductas del niño.

Otro síntoma conductual es la desobediencia patológica, éste es la incapacidad que tienen muchos de estos niños para comprender órdenes. "Son desobedientes, pero su actitud ante las reglas y limitaciones establecidas por los adultos que tienen

(20) Velasco, Fernández, Rafael. op. cit. p. 30

(21) Uriarte, Victor. op. cit. p.39

autoridad sobre ellos no es la de quien desobedece a sabiendas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino la de quien no ha comprendido la prohibición y su significado, ni mucho menos la necesidad de acatarlas.

El niño comete una y otra vez la falta sin tratar de ocultarla y sin comprender por qué se le castiga. De hecho se muestra sorprendido cuando se le llama la atención, considerándose injustamente tratado. "No registran lo que se les prohíbe"- (Cabe mencionarse que ésto ni siquiera es una verdadera desobediencia, ya que difícilmente se desobedece una orden que no se ha comprendido (22).

Otro síntoma que se presenta es trastorno del sueño, a veces la hiperactividad aumenta durante la noche de tal manera que se dificulta la iniciación del sueño, aunque también es frecuente que el mismo se duerma pronto y despierte unas cuantas horas después, presentando conductas de hiperquinesis, hablando en voz alta, deambulando por la casa, poniéndose a jugar, etc.

El niño hiperquinético es incapaz de completar algo espontáneamente, se le deben hacer constantes recordatorios de terminar ciertas actividades como es de comer, vestirse, hacer la tarea, necesitando para el logro de éstas una supervisión constante.

ASPECTOS DE APRENDIZAJE.

Si bien estos aspectos se tratan ampliamente en el siguiente capítulo, en el presente sólo se mencionan brevemente las causas que afectan principalmente el proceso de aprendizaje:

Inatención que es producto de la distractividad del niño que le impide concentrar su atención en tareas de tipo intelectual. Además, el niño no puede fijar su atención a los aspectos más relevantes, prestando la misma en lo esencial como en lo secundario, no pudiendo hacer una discriminación de lo que es más

importante, por ende ésto es una deficiente capacidad de concentración. Este aspecto es uno de los trastornos más sobresalientes del síndrome hiperquinético, ya que puede permanecer durante toda la vida. 89% de los padres señalaron esta dificultad en los niños hiperquinéticos y los maestros señalaron un 100%.

La existencia de desórdenes del proceso cognoscitivo que afectan el rendimiento del niño los podemos reconocer ante la evidente carencia de una organización visomotora. La disociación que es la incapacidad para ver las cosas como un todo, como una gestalt, provocará que el niño fragmente o mutile los estímulos visuales que se le presenten. Como consecuencia de ésto presentará dislexia, disgrafia y deletreo de palabras. (23)

Perseveración, ésta es la incapacidad de cambiar fácilmente de una actividad a otra, el tiempo de reacción es más lento. Se presentan fallas en la estimación de intervalos de tiempo. (24)

ASPECTOS DE DESARROLLO.

Incoordinación muscular o inmadurez motora. Esta es otra característica que se muestra con una torpeza general que involucra no sólo a los movimientos finos, sino también a los gruesos. Va desde dificultades para abotonarse la camisa, amarrar los zapatos, recortar figuras, movimientos de caligrafía deficientes. En cuanto a los movimientos gruesos podemos citar: caídas frecuentes, chocar o golpearse con los muebles, poca seguridad para retener las cosas con las manos, dificultad para hacer ejercicios.

El niño demuestra también incapacidad para ejecutar actividades coordinadas como son montar bicicleta, hacer ejercicios o gimnasia, juegos en grupo. Presenta además predominio mezclado de lateralidad (por ejemplo es diestro con la mano y zurdo con la pierna).

(23) Velasco, Rafael. op. cit. p. 36

(24) Velasco, Rafael. op. cit. p. 37

Es común que en estos niños se presenten irregularidades en las etapas de desarrollo, por ejemplo empezar a andar sin haber gateado, proferir frases sin haber balbuceado.

ASPECTOS SOCIAL AFECTIVOS.

El niño hiperactivo tiene una deficiente socialización, ya que su tendencia a los conflictos, la falta de respeto hacia las necesidades o propiedades de los demás, su conducta conflictiva le provoca una incapacidad para hacer amigos, por no poder establecer ni mantener relaciones interpersonales.

Todos los síntomas antes descritos se mencionan por ser los que reportan los autores como parte del cuadro clínico del síndrome hiperquinético. Debemos recordar que la manifestación de más de cinco de estos síntomas debidamente evaluados, permiten considerar el caso como de síndrome hiperquinético. Sin embargo, es importante recordar que no todos los síntomas se presentan en un niño con este trastorno.

CAPITULO 4.

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE COMO CAUSAL DEL SINDROME HIPERQUINETICO.

Ya en forma general mencioné dentro de la sintomatología que los trastornos de aprendizaje, es común estén presentes en el síndrome hiperquinético. La intención de este capítulo es abundar en este tipo de trastornos a fin de considerarlos para ofrecer una mejor atención a los mismos que permita especialmente a los padres y maestros tener una idea más clara de éstos.

El niño con este síndrome regularmente tiene una inteligencia normal, e inclusive ésta puede estar por encima de lo normal; sin embargo su particular condición de hiperquinesis le va a impedir que tenga un aprovechamiento acorde a su capacidad intelectual, enfrentando deficiencias como: falta de atención e incapacidad de concentración (25). Las diferencias enunciadas afectarán considerablemente su capacidad de memoria. Ya que al ser breves los lapsos de atención, la memoria podrá rescatar muy poco de esos lapsos. Estos elementos ocasionarán en el niño problemas en su proceso de aprendizaje, ya que cada vez se le exigirán, de acuerdo a su etapa escolar, períodos de atención y concentración más largos que no podrá lograr, afectando así su proceso de aprendizaje.

Entre algunos de los desórdenes del proceso cognoscitivo los diversos autores nos llevan a considerar la disociación, Cruickshank (26) nos menciona que es una característica importante que se define como la incapacidad para ver las cosas como un todo, como una gestalt; el niño no logra integrar los detalles de una totalidad o figura acabada (gestalt), es por esto que no puede dibujar en forma correcta las

(25) Granell, Elena. Aplicación de Técnicas de Modificación de la Conducta para el Control de la Hiperactividad en el Ambiente Natural, Ed. Trillas, 1a. reimpresión 1982. México, D. F. p. 21.

(26) Cruickshank, William. El Niño con daño cerebral. En la sociedad, en el hogar y en la comunidad. 2a. ed. Ed.Trillas, México, D.F., 1986, p. 59

formas visuales que se le presentan porque las invierte, las fragmenta o las mutila, así manifestará su incapacidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa, dificultad que posteriormente se traduce en problemas con escritura (disgrafía), la lectura (dislexia) y el deletreo de palabras (dislalia).

La inversión del campo visual es otra de las características que interfieren en el proceso cognoscitivo y que cita Cruickshank (27). En esta cabe mencionarse que el niño no puede destacar la figura del fondo en que se encuentra y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia; ésto se reconoce como inversión de fondo y figura. Las consecuencias que implica en el aprendizaje son importantes, ya que el niño al no poder hacer una discriminación sobre el objeto central incurrirá en errores.

La perseveración es la incapacidad para cambiar con facilidad de una actividad a otra. Esta característica se observa también en el niño cuando repite una y otra vez la misma frase, cuando continúa iluminando un dibujo aún cuando ya terminó el trabajo, persiste en seguir rebotando la pelota, etc. Cruickshank (28) nos dice que una aparente inercia del organismo le impide al niño pasar de una idea a otra, de un conjunto de actividades mentales a otro; el niño con síndrome hiperquinético experimentará este problema una y otra vez, afectando así su aprendizaje.

Otro problema del niño hiperquinético es la torpeza motora, Uriarte (29) la cita como torpeza motora gruesa y fina. La motricidad gruesa requerirá del niño movimientos amplios y buenos reflejos, realización de actividades coordinadas: juegos colaborativos, gimnasia, bicicleta, etc., si bien este aspecto es importante; para fines escolares la motricidad fina tiene mayor relevancia, ya que al estar alterada el niño tendrá problemas que le limitarán su habilidad para escribir, trazar líneas, escribir sobre las mismas, circunscribirse a ciertos límites, dibujar, cortar, pegar, abotonar, amarrar, etc.

(27) Cruickshank, William. op. cit. p. 64

(28) Cruickshank, William. op. cit. p. 72

(29) Uriarte, Víctor. op. cit. p. 30

Igualmente el niño con trastorno hiperquinético puede enfrentar problemas de equilibrio, incoordinación muscular y problemas de lateralidad que le dificultan distinguir derecha de izquierda.

Tarnapol (30) cita que el niño puede manifestar también distorción de la percepción visual, de la percepción auditiva o de la función motora (táctil-cinestésica), las cuales pueden presentarse individualmente o combinadas, resultando así una falta de integración entre las mismas que le impida al niño trasladar un estímulo visual a una actividad motora correcta, como lo será cuando tenga que copiar letras.

La memoria visual y auditiva son dos elementos igualmente importantes, ya que a través de éstas el niño debe retener en su memoria relaciones espaciales de dos dimensiones de los símbolos escritos, su sonidos asociados y sus secuencias, de manera que cuando se le pide que reconozca o deletree una palabra, pueda recordar las formas y los sonidos de los símbolos individuales en su secuencia adecuada.

El lenguaje es otro problema importante a considerar, ya que el dominio que el niño tenga del mismo será de gran importancia para el aprendizaje de la lecto-escritura, Tarnapol (31). Los niños que presentan retardo en el desarrollo del habla y del lenguaje es común que tengan problemas de percepción visual y motora.

Pobreza de imagen corporal. Velasco (32) menciona que el niño hiperquinético enfrenta este problema que es consecuencia de una larga serie de vivencias, fracasos y problemas motores que poco a poco van formando una imagen deformada, no sólo de su cuerpo, sino del cuerpo humano en general. Velasco también considera que este aspecto interfiere en el proceso de aprendizaje, argumentando que una adecuada imagen corporal está relacionada con el desarrollo del ego y con la

(30) Tarnapol, Lester. **Dificultades para el Aprendizaje**. Guía Médica y Pedagógica. La Prensa Médica Mexicana, S. A., México, D. F., reimpresión 1986, p. 10

(31) Tarnapol, Lester. op. cit. p. 13

(32) Velasco, Fernández Rafael. op. cit. p. 39

estructuración de un concepto positivo de sí mismo, dice: una buena y estimulante imagen corporal es la base de un buen concepto de sí mismo que le llevará a una formación integral.

Tarnapol (33) cita que el niño hiperquinético puede presentar también dificultades para la conceptualización y el razonamiento debido a otras deficiencias: se le dificultará hacer generalizaciones, comparaciones, clasificaciones y razonamientos sobre determinadas cosas; le será difícil agrupar objetos, imágenes o ideas dentro de categorías, ordenar en secuencia, hacer juicios sobre tamaño, distancia, dirección, volumen, etc.

Es importante tener presente que los niños hiperquinéticos no se hayan incapacitados para el aprendizaje, sino que por los problemas citados pueden ser víctimas de un desinterés por no poder lograr un aprendizaje como la generalidad. Los padres y maestros deben reconocer el problema del síndrome hiperquinético, reconocer los problemas específicos de aprendizaje y proceder a tratar de disminuir los mismos.

Considero de vital importancia que los padres, con el apoyo de los maestros y una institución especializada, tengan la posibilidad de diagnosticar y atender estos problemas específicos, que si no son atendidos oportunamente traerán consecuencias más serias no sólo para el proceso enseñanza-aprendizaje, sino para el desarrollo integral del niño.

(33) Tarnapol, Lester. op. cit. p. 15

CAPITULO 5.

DIAGNOSTICO.

La función del diagnóstico no debe ser sólo la de proporcionar un nombre que etiquete un caso con síndrome hiperquinético, sino más bien la de lograr una evaluación cuidadosa de la sintomatología que permita reconocer qué grado de afectación presenta un caso y con el fundamento del mismo poder elaborar el tratamiento a seguir para que sea llevado a cabo en la forma más oportuna y adecuada.

Para la realización del diagnóstico encontramos diferentes posiciones teóricas en donde se aplican diversos procedimientos y recursos por médicos, psiquiatras, neurólogos, psicólogos y maestros.

Victor Uriarte (34) menciona que institucionalmente en la práctica clínica en México éste se está realizando con base en el Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSMIII (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), reconocido por la Asociación Mexicana de Psiquiatría que por acuerdo internacional de la American Psychiatric Association, U.S.A., en 1981 se elaboró este procedimiento diagnóstico que nos permite reconocer los síntomas primordiales que caracterizan el síndrome hiperquinético o como en específico lo nombra la Asociación Mexicana de Psiquiatría que es Trastorno del Déficit de la Atención, enunciado así porque en este síndrome las dificultades de atención son las más considerables y casi siempre están presentes en estos niños.

Entre los síntomas básicos que este Manual de Diagnóstico cita se refieren la falta de atención, impulsividad, hiperactividad, desobediencia patológica, etc. y entre la sintomatología secundaria, la cual puede variar en función de la edad pueden ser: baja tolerancia a la frustración, agresividad, deficiente coordinación motriz, bajo rendimiento escolar, etc.

(34) Uriarte, Victor, op. cit. p. 47

Velasco (35) menciona que para hacer un diagnóstico de un caso con síndrome hiperquinético es necesario se agrupen cuando menos 4 de los síntomas mencionados que hayan presentado una permanencia de cierta temporalidad (6 meses-un año, dando especial importancia a los síntomas básicos o más representativos del síndrome hiperquinético.

Si bien es necesario que el diagnóstico y posteriormente el tratamiento se hagan en forma interdisciplinaria, en inicio es recomendable que un médico lo realice, ya que a él corresponderá descartar las múltiples alteraciones médicas y psiquiátricas que forman parte de este síndrome. El diagnóstico médico debe co-apoyarse con una historia clínica que ofrezca: antecedentes, desarrollo, estudios psiquiátricos, neurológicos, de laboratorio, pruebas psicopedagógicas, etc.

Velasco (36) y Uriarte (37) coinciden en que la historia clínica es una de las fuentes más rica de datos que permitirá hacer la primera valoración, ésta consta de los siguientes datos:

Antecedentes personales patológicos y no patológicos. Para hacer la historia clínica es necesario hacer un interrogatorio de los signos y síntomas sobre el embarazo, parto, desarrollo infantil, siendo los padres y en especial la madre, la fuente principal de información. Asimismo, se debe intentar la aplicación de un interrogatorio al maestro del niño.

Es importante considerar también los datos proporcionados por el trabajador social que entrevistó el caso, ya que permitirán conocer la situación general de la familia.

Historia del desarrollo psicobiológico del niño. Esta puede resultar útil para el diagnóstico, sobre todo si aporta datos sobre problemas de lenguaje, del sueño, coordinación motora en general, hiperquinesis desde temprana edad, inatención, impulsividad, desobediencia patológica, etc.

(35) Velasco, Rafael, op. cit. p. 49

(36) Velasco, Rafael, op. cit. p. 48

(37) Uriarte, Víctor, op. cit. p. 51

Exploración psiquiátrica. La entrevista psiquiátrica del niño es de gran importancia, ya que permite valorar signos, (inquietud, distracción, estado afectivo, percepción, proceso de pensamiento, lenguaje, problemas de pronunciación, orientación en tiempo y espacio, verbalización inadecuada, etc.)

Exploración médica. Este aspecto debe considerarse desde el inicio un examen médico general hasta uno neurológico, realizado éste último preferentemente por un paidopsiquiatra, así como evaluación de la audición, vista y lenguaje.

En el examen neurológico no se incluyen trastornos severos, por lo tanto no debemos esperar encontrar signos totales de anormalidad en el sistema nervioso central. Por el contrario, esperamos signos neurológicos leves como la D.C.M. y a veces ni siquiera éstos (su ausencia no niega la existencia del trastorno), o bien aunque se presuma mínimo como lo es el caso de la D.C.M. que se maneja como una alteración de alguna función del cerebro de escasa magnitud o mínima; para efectos del desarrollo del niño sí provoca trastornos funcionales importantes para el aprendizaje, la adaptación y la integridad de la personalidad.

Estudios de laboratorio. Si bien es de valor practicar un electroencefalograma, el estudio del mismo no hace definitivamente el diagnóstico; erróneamente muchas veces se practica éste para confirmar el diagnóstico. En ocasiones sí proporciona datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro, pero a veces también un trazo totalmente anormal es compatible con la conducta más saludable. Contrariamente también un niño que presente mucha de la sintomatología de este síndrome puede tener un electroencefalograma normal, así se reconoce que éste no es determinante.

Pruebas psicológicas. La evaluación psicológica tiene importancia para el diagnóstico y tal vez mayor para el pronóstico de las dificultades de aprendizaje.

Es recomendable la aplicación de pruebas que sirvan para obtener el C.I. (coeficiente intelectual) y para valorar las deficiencias que con mayor frecuencia se encuentran cuando existe disfunción cerebral. (Las pruebas para obtener el C.I. pueden ser entre otras: test de matrices progresivas de Raven, el Goodenough y el WISC).

Otras pruebas permiten reconocer dificultades visomotoras, por ejemplo el Test Visomotor de Bender. La batería de tests de Frostig que permite reconocer el desarrollo de la percepción visual, también puede aportar datos de importancia para diagnosticar dificultades de aprendizaje. La prueba de retención visual de Benton aplicable a niños de 8 años de edad o más proporciona datos útiles.

Los trastornos de la memoria pueden investigarse con pruebas sencillas como las 15 palabras de Rey, adaptada por Taylor.

La subjetividad para establecer un criterio de normalidad no hace posible que se pudiera pensar en escalas para medir la hiperactividad, por tanto una prueba que tratara de medir la misma no será tan certera, sin embargo, Werry, Weiss y Peters elaboraron una escala de actividad del niño (38).

Una vez más deseo enfatizar que una adecuada historia clínica nos permitirá reconocer en un caso de síndrome hiperquinético los aspectos de mayor trascendencia que nos lleven a realizar un buen diagnóstico y así encauzar un tratamiento adecuado.

(38) Velasco, Rafael, op. cit. p. 57

CAPITULO 6.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del niño hiperquinético requiere de una colaboración interdisciplinaria, que es como ya mencioné en el capítulo de diagnóstico, una ayuda médica, psiquiátrica, psicológica, pedagógica y sobre todo familiar.

Se debe estar conscientes que el tratamiento requerirá tiempo, persistencia, comprensión, interés en su elaboración y tal vez reelaboración. Otros aspectos que contribuirán a que éste llegue a buen término son: la paciencia, amor, facilidades especiales para la enseñanza y medicamentos debidamente administrados.

La búsqueda de tratamiento surgirá de la necesidad familiar y/o escolar ante conductas inapropiadas en el hogar y en las primeras etapas escolares. La familia es la que puede reconocer en primera instancia el trastorno del síndrome hiperquinético y ésta, con su actitud favorable hacia el problema del niño puede encauzar adecuadamente su desarrollo. El pronto reconocimiento de que el niño tiene un trastorno hiperquinético es importante, ya que al reconocer los padres el problema buscarán instituciones que cuenten con los recursos que les apoyarán familiar-escolar y médicamente y así evitarán posibles actitudes de rechazo, aversión, irritabilidad, impaciencia, etc.

Dentro del tratamiento interdisciplinario, Renshaw (39) propone que el médico que examina al niño debe preguntarle qué piensa de su visita al médico a fin de conocer la forma cómo el niño se ve a sí mismo y a su problema. El médico debe decirle, de acuerdo al nivel de madurez del niño lo que piensa de él mismo, explicarle los planes que se tienen para su tratamiento e iniciar su concientización sobre la importancia de su cooperación para que disminuyan sus problemas. Un buen conocimiento y entendimiento por parte del niño, su familia y el equipo interdisciplinario favorece las respuestas y coayuvan a obtener una mejor cooperación.

El tratamiento médico, aunado al tratamiento interdisciplinario deben ser comunicados además de a los padres, en lo posible también a los familiares que atiendan al niño para que en forma conjunta traten de disminuir el problema. Se debe ser precisos en que el tratamiento será familiar, psicológico, pedagógico y farmacológico.

En todo este tratamiento deberá haber un responsable o coordinador que con la parte interdisciplinaria, la familia y el niño deberá elaborar el programa de tratamiento, enfatizando a todas las partes que será largo y tal vez difícil, por lo que se requerirá de todo su esfuerzo y cooperación. Considero que dependiendo del nivel del problema del caso y si éste lo permite, primero se debe iniciar con un tratamiento familiar, psicológico y pedagógico (con técnicas educativas y conductuales) y si con el mismo no se observa ninguna mejoría, entonces recurrir a la medicación debidamente prescrita y trabajar conjuntamente las diferentes partes para obtener mejores resultados. (En lo personal, como menciono, recurriría por último a el tratamiento farmacológico ante las evidencias de que no siempre es tolerado por el niño ni resulta totalmente efectivo en todos los casos.)

El éxito del tratamiento entonces dependerá del esfuerzo interdisciplinario, elaborando un programa especial para el niño hiperquinético, abordando los problemas específicos a tratar que intentarán que el niño logre una adaptación adecuada en su hogar, escuela y sociedad.

A continuación presentaré un resumen de los tratamientos psicológico, pedagógico y farmacológico.

Tratamiento Psicológico. Algunos autores mencionan que el tratamiento psicológico para el niño con síndrome hiperquinético no es necesario, ya que consideran suficientes los tratamientos farmacológicos y pedagógicos; sin embargo, Velasco (40) cita que clínicamente se observa que el manejo psicológico es importante.

Este tratamiento psicológico es necesario tanto para los niños, como para los padres, quienes deberán conocer una explicación acerca de las causas del trastorno y no sentirse culpables de que éste pueda ser originado por una actitud patógena de ellos o bien como responsabilidad genética. Si los padres aceptan que su hijo tiene un trastorno controlable y con posibilidad de superarse, comprenderán el por qué de su comportamiento y estarán así en una posición psicológicamente positiva para llevar a cabo una terapia familiar-psico-pedagógica y médica.

Esta ayuda servirá además para conseguir una aceptación por parte de los padres en cuanto a la prescripción de medicamentos. Es importante utilizar, si es necesario, el beneficio de la farmacoterapia, ya que evitar la misma cuando es indispensable provocaría prolongar pautas de conducta del niño que sólo redundarán en una pobre integración de su personalidad.

El psicólogo puede ayudar además a los padres a tomar ciertas actitudes ante conductas del niño, a reconocer los sentimientos de culpabilidad, hostilidad, etc., del niño y de ellos mismos y a aceptarlos; ayudará a reconocer la situación real de las relaciones interpersonales dentro del hogar, influyendo para que se efectúen en lo posible cambios favorables en beneficio de mejores relaciones.

Tratamiento Pedagógico. Este tratamiento es indispensable para el niño con síndrome hiperquinético, ya que los diversos problemas que tiene ante el aprendizaje, así como sus conductas ante los maestros no especializados provocarán que tenga que enfrentar situaciones frustrantes ante su dificultad para aprender, las cuales pueden provocar una comunicación negativa entre el maestro y alumno y que puede afectar también el trabajo grupal. El tratamiento pedagógico, como nos dice Víctor Uriarte (41) consistirá desde simples consejos tanto a padres como maestros, hasta un tratamiento bien estructurado que lo ofrezca una institución especializada que cuente con el personal capacitado, así como los materiales pedagógicos necesarios. Velasco menciona que este tratamiento, cuando el niño hiperquinético no tiene ninguna limitación intelectual, puede ser ofrecido por una escuela normal en

(41) Uriarte, Víctor, op. cit. p. 145

donde existan grupos integrados que ofrezcan alternativas de apoyo que un salón de clases común no ofrece.

Este tratamiento, al poder ofrecerlo un centro especializado realizará como ya se mencionó un estudio integral del niño, elaborando un tratamiento personalizado para el caso, que contribuya a apoyar y orientar a la familia, así como al maestro de su escuela normal y sobre todo que permita al niño disminuir en lo posible sus problemas en todos los aspectos.

Particularmente, este tratamiento contemplará las técnicas pedagógicas y recomendaciones que variarán conforme a las necesidades del caso, a continuación se presentan en forma breve algunas de éstas.

Para reducir la distracción del niño se recomienda se trate de dar en su entorno una estimulación mínima, por ejemplo, que se le eviten elementos que le provoquen distracciones de tipo: visual y auditivo.

Trabajo individual-semi-grupal. En cuanto a las clases éstas se pueden estructurar en lecciones bien programadas para cada día, sin interacción inicial con otros niños. Si bien en un principio es conveniente el trabajo individual, conforme se reconozcan los avances del niño hiperquinético deberá de integrársele a un pequeño grupo de 2 ó 3 alumnos para que paulatinamente vaya entrenándose a trabajar en un grupo mayor.

Los materiales didácticos deben ser especiales, ésto es que se deben ofrecer al niño exclusivamente la lección por día u operación a realizar y no todo un tema o libro completo, estructurando los materiales en lecciones bien programadas, lo cual ayudará a que aprenda con mayor facilidad, ya que aunque al niño se le está fragmentando el conocimiento o tarea a realizar, ésto le permitirá que le sea más fácil de aprender el tema.

Si bien, para algunos niños hiperquinéticos la reducción de estimulación les favorecerá, para otros deberán hacerse ajustes en lo antes recomendado, ya que la estimulación necesaria u óptima para cada caso puede ser diferente.

Un entrenamiento psicomotor es recomendable para el niño hiperquinético, el cual le permitirá dominar habilidades motoras, tales como: dominio de lateralidad, (manos, ojos, pies), la coordinación y la orientación espacial (derecha e izquierda). Este tratamiento puede ser ofrecido con ejercicios motores gruesos que consistan en gatear, arrastrarse, caminar en línea recta, brincar, trepar, seguir determinado ritmo, pisar sitios específicos, ejercicios que le permitirán tener un mejor equilibrio, desplazamiento y una actitud deportiva más similar a la de sus coetáneos, que favorecerá su autoestima y redundará en una mejor socialización. Víctor Uriarte cita que al incrementarse el dominio de las habilidades psicomotoras el niño mejorará su desarrollo organizativo cerebral en su conjunto.

Se deberá estimular el proceso cognoscitivo del niño a través de diversas actividades con el fin de optimizar su percepción, atención, memoria y capacidad de juicio y razonamiento. A través de técnicas se debe buscar que el niño hiperquinético logre mantener su atención selectiva, ésto es tratar de desarrollar en el niño la habilidad de responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación, pasando por alto los aspectos irrelevantes y la atención sostenida que le requerirá al niño tratar de mantenerse consciente de los requerimientos de una tarea y ocuparse de ella por cierto tiempo.

Se deberá ejercitar y estimular su percepción visual, táctil y auditiva. En cuanto a la memoria se buscará que el niño logre asimilar, almacenar y recuperar el conocimiento que adquiriera tanto a corto como largo plazo en los aspectos visual reteniendo información y reproduciéndola; en el aspecto auditivo a través de la atención y reproducción de algunos eventos; en el aspecto táctil por medio del reconocimiento de algunos objetos y clasificación por su textura, tamaño y forma. En el aspecto verbal mediante la organización de ideas para la narración y repetición de algunos hechos y acontecimientos.

En relación a la capacidad de juicio y razonamiento el juicio del niño dependerá de la posibilidad de lograr una conexión asociativa entre los elementos para que todos éstos se resuelvan en un razonamiento pre-lógico.

Las técnicas pedagógicas deben propiciar un mejor desarrollo de las funciones psicológicas superiores que le permitan al niño alcanzar aprendizajes más significativos, así como también lograr una adaptación social y emocional que le permita mejorar su autoestima.

Con el objeto de mejorar la autoestima se deberá intentar en lo posible la percepción de la incapacidad que tiene el niño en las actividades o aprendizajes que desarrolle para que se evite sienta frustración, ya que ésta tiene efectos negativos sobre la autoestima. El niño inicialmente deberá competir consigo mismo y desarrollar su trabajo según su propio ritmo, motivándolo ante el logro o cumplimiento de sus actividades. Es obvio mencionar los beneficios de la motivación ofrecida e ignorar las fallas que no sean tan significantes para evitarle fracasos recurrentes.

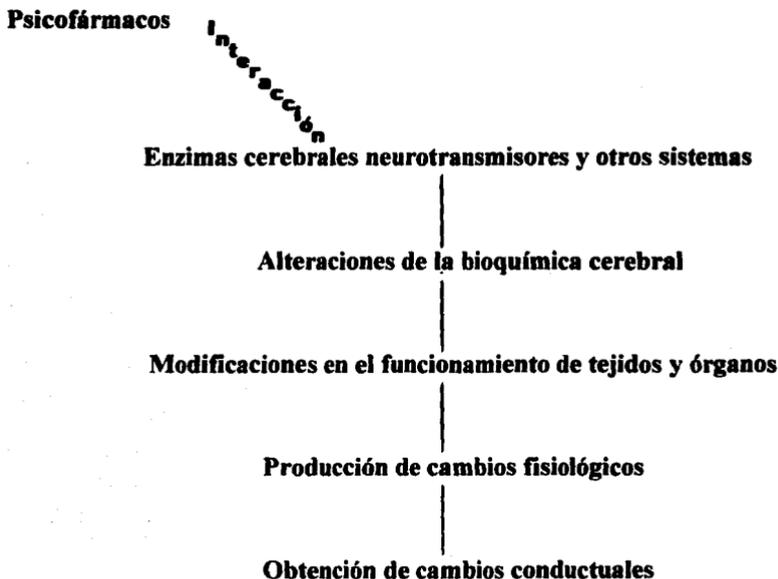
Por último, el maestro que ofrecerá este tratamiento es imprescindible sea un profesionalista bien calificado, con un adecuado entrenamiento práctico y una buena actitud personal que haga extensivo el tratamiento pedagógico a los padres para obtener apoyo en el tratamiento que redunde en beneficio del niño.

Tratamiento Farmacológico. El médico o psiquiatra será el que recete los fármacos que considere necesarios, pues es él el que conoce la forma de medicación y la justificación de su prescripción.

Si bien la elección de un fármaco (droga) depende del diagnóstico, es importante citar que este depende igualmente de una serie de variables, como la edad del niño, la duración del trastorno, la severidad de los síntomas, etc.; cabe mencionar que los medicamentos no curan en sentido estricto del término, pero si modifican conductas, controlan y reducen síntomas, lo que suele permitir la acción de otros tratamientos y mejorar las respuestas inadecuadas que el niño presente.

Las anfetaminas, el metilfenidato y la pemolina son estimulantes que producen disminución de la actividad física, una dilatación de los períodos de atención, mejoría de las actividades visomotoras, la disminución de la irritabilidad y otros cambios. Desde luego que lo anterior no significa la corrección o superación del problema, pero facilita considerablemente acciones de los maestros, mejora las relaciones interpersonales del niño y favorece la aceptación de los demás.

Para entender este tratamiento farmacológico y la reacción que provoca, Velasco (42) nos presenta el siguiente esquema:



(42) Velasco, Rafael. op. cit. p. 69

Al prescribirse un fármaco se debe buscar siempre el mejor resultado con el menor número de medicamentos y con la dosis más baja posible, ya que sólo se deben usar por el tiempo necesario y las dosis deben ser individualizadas puesto que desde el punto de vista metabólico cada paciente es único.

Es importante advertir a los padres acerca de los posibles efectos secundarios que podría manifestar el niño ante los medicamentos y los cuales dependerán del tipo que éste sea, algunos de los efectos podrían ser: insomnio, mareos, nerviosismo, somnolencia, disminución del apetito, hiper o hipopresión arterial, cambios en la frecuencia cardiaca, disritmias, mayores problemas de atención, concentración en el trabajo escolar, etc.

Al saber los padres sobre la posibilidad de que se presenten, les ayudará a evitar se inquieten ante cualquier reacción y así continúen con la administración del medicamento al niño. Se recomienda empezar con dosis bajas y elevarlas progresivamente, todo desde luego conforme a los resultados que se vayan obteniendo del tratamiento.

Los aspectos en los que principalmente coayuda el medicamento son:

En aspectos de aprendizaje, ya que mediante estudios se reporta una marcada mejoría académica, se incrementa la responsabilidad del niño haciendo su trabajo hasta finalizarlo y con limpieza; aumenta igualmente su capacidad para memorizar y exhibe una mejor tolerancia a las frustraciones que el aprendizaje le implica. Mediante el tratamiento con estos fármacos se ponen de manifiesto las capacidades innatas del niño, al salvar los obstáculos que lo impedían. En el aspecto de conducta el niño manifestará cambios en relación con su impulsividad, inestabilidad y la incapacidad para controlar las respuestas (berrinches, agresiones) y en general mejorará su conducta.

En el aspecto perceptomotriz también experimentará cambios que favorecerán en su desarrollo, por ejemplo en la motricidad tendrá una mejor coordinación para la escritura, dibujo, los deportes y la gimnasia.

A pesar de que estudios demuestran la efectividad en ciertos casos de los medicamentos citados, se debe estar conscientes que los mismos no resolverán el problema en sí, y que la aplicación de éstos deberá hacerse una vez realizado un estudio integral del caso y si se hubiere llegado a un diagnóstico certero.

En cuanto a la respuesta del medicamento, como ya se mencionó, es probable que pudiera ser contraria en los primeros días, ya que podría agravarse la sintomatología, es por esto que deben esperarse cuando menos de 10 a 15 días para valorar los primeros resultados, que ya podrán ser favorables.

Cuando el tratamiento ha sido exitoso, al suspenderse el mismo, el niño puede lograr establecer pautas de conducta que se repiten debido a resultados exitosos; el condicionamiento alcanzado es de tal manera operante que puede prolongarse al menos por un tiempo cuando se reinstalan la impulsividad u otros aspectos de la sintomatología, pero ya en menor grado.

CONCLUSIONES.

Como conclusión de este trabajo confirmo que la hiperquinesis no es un problema que haya surgido recientemente como algunas de las enfermedades incurables que se han presentado en los últimos años, ésta no es una enfermedad, sino es un trastorno que ha sido reconocido desde inicios de este siglo por las diversas investigaciones realizadas; sabemos que no es privativo de un sexo o de ambientes específicos, de situaciones socio-económicas o de aspectos emotivo-familiares, como tampoco de determinadas razas, el mismo se presenta en cualquier medio o etnia, ocasionando principalmente y según sea el grado de afectación, problemas de conducta y trastornos de aprendizaje.

Como pedagoga, e interesada en la educación especial, este trastorno atrae mi interés, ya que en la actualidad es común encontrar casos de escolares que presentan el problema del síndrome hiperquinético.

Las causas del síndrome son reconocidas con mayor facilidad gracias a la evaluación especializada que se ha alcanzado y que nos permite saber que éstas pueden ser de origen hereditario o causadas desde el embarazo de la madre, durante y después del parto o presentarse durante el desarrollo del niño. Lo anterior nos lleva a considerar lo importante de reconocer los posibles factores que pueden provocar este trastorno; por tanto, se debe estar alertas principalmente desde el aspecto médico en evitar factores de riesgo que son motivo del posible surgimiento del problema.

Para denominar a un caso como hiperquinético debemos de tener la certeza de que el mismo presenta los síntomas más elementales del síndrome, ya que muchas veces debido a que los niños están en ambientes que les provocan hiperactividad, se etiquetan algunos casos como hiperquinéticos sin serlo; debemos de considerar los diversos aspectos de conducta, tales como movilidad permanente, destructividad y agresividad, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, etc., elementos que aunados a los problemas de aprendizaje como falta de atención, incapacidad de

concentración, problemas de memoria y lenguaje, etc., así como problemas de desarrollo como incoordinación motriz o deficiente socialización, son síntomas que nos permiten reconocer un caso como síndrome hiperquinético.

Si bien los síntomas que se mencionan pueden ser reconocidos fácilmente, éstos deben diagnosticarse con una evaluación profesional e interdisciplinaria que confirme cuando menos cuatro de los síntomas; no sólo para etiquetar un caso como síndrome hiperquinético, sino para determinar su grado de afectación, especialmente en cuanto a la incapacidad de aprendizaje y problemas de conducta, a fin de que el niño mediante la ayuda de especialistas, de sus maestros y de su propia familia encaucen el tratamiento psicológico que ayude al niño a lograr una buena interrelación familiar y social y el tratamiento farmacológico en caso de ser necesario, pero muy especialmente un tratamiento pedagógico, ya que de otro modo los problemas de aprendizaje ocasionados por este trastorno traerán como consecuencia situaciones frustrantes en su proceso de aprendizaje.

Considero que los aspectos de diagnóstico y tratamiento son elementos importantísimos a observar en los casos con síndrome hiperquinético, ya que un correcto diagnóstico nos permitirá encauzar el tratamiento interdisciplinario apoyado por el centro especializado, el maestro y la familia y lograr del niño la mejor disposición y cooperación para que se disminyan sus problemas.

Así como los institutos de salud de nuestro país, los hospitales y cualquier médico buscan prevenir o erradicar una enfermedad, así se debe tratar de prevenir en los aspectos médicos el surgimiento del síndrome hiperquinético y nosotros como pedagogos, trabajando en colaboración con otros especialistas, debemos de detectar y diagnosticar correctamente la presencia de este problema, desarrollando programas de trabajo o tratamientos que, aunque serán de difícil realización, no será imposible que el niño disminuya o supere sus problemas, logrando así un desarrollo integral favorable.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA.

Cruickshank, William M. **El niño con daño cerebral.** Ed. Trillas, México, D.F. 1986, 407 p.

Eco, Humberto. **Cómo se hace una tesis.** Técnicas y Procedimientos de Investigación, Estudio y Escritura. Ed. GEDISA, 1987, 267 p.

Granell, Elena. **Aplicación de Técnicas de Modificación de la Conducta para el Control de la Hiperactividad en el Ambiente Natural.** Ed. Trillas, 1982, México, D. F., 126 p.

Kirby, E., Grimley, L.K. **Trastorno por Déficit de Atención.** Estudio y Tratamiento. Ed. LIMUSA 1992, México, D. F., 144 p.

Lambert, N., Sandoval J. y Sassone D. Prevalence of hyperactivity in Elementary School. **American J. Orthopsychiatry.** 1978, V. 48 (3), 446 p.

Morrison, J.R. y Stewart, M.A. A Family study of the hyperactive child syndrome. **Biology Psychiatry,** 1972, V. 3, pp. 189-195.

Munsterberg, Koppits Elizabeth. **Métodos para educar niños con dificultades de aprendizaje.** Ed. Guadalupe, Buenos Aires, Argentina, 1971, 238 p.

Myers, P. y Hammill D. **Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje.** Ed. LIMUSA, México, D. F. 1985, 464 p.

Nieto, Margarita. **Por qué hay niños que no aprenden.** Dificultades de aprendizaje y su por qué. La Prensa Médica Mexicana. México, D. F., 1987, 310 p.

Pain, Sara. **Diagnóstico y tratamiento de problemas de aprendizaje.** Ediciones Nueva Visión, Colección Contemporánea, Buenos Aires, Argentina, 1983, 119 p.

Renshaw, Domeena. **El niño hiperactivo.** La Prensa Médica Mexicana, México, D. F., Trad. Carolina A. de Fournier, 1986, 136 p.

Ross, D. M. y Ross, S. A. **Hyperactivity.** Research, Theory and Action. John Wiley and Sons, Nueva York 1976, 491 p.

Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia. **Informes de Actividades 1981 a 1988 y 1991.** Instituto Nacional de Salud Mental. México, D. F.

Stewart, M. **Raising a Hyperactive Child.** Harper & Row Publishers, N. Y. 1973, 299 p.

Tarnapol, Lester. **Dificultades para el Aprendizaje.** Guía Médica y Pedagógica. La Prensa Médica Mexicana, S. A., México, D. F., 1986, 324 p.

Uriarte, Víctor. **Hiperquinesia.** Ed. Trillas, México, D. F., 1989, 304 p.

Velasco, Fernández Rafael. **El niño hiperquinético.** Los síndromes de disfunción cerebral. Ed. Trillas, México, D. F., 1982. 131 p.

Wender, Paul H. **Some speculations concerning a possible biochemical basis of minimal brain dysfunction.** Life Sciences, 1994, V.14, 605-621.