



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“ LA INFLUENCIA DE LA DINAMICA FAMILIAR
SOBRE ALGUNAS MANIFESTACIONES
CONDUCTUALES: AGRESION, ANSIEDAD Y
CONDUCTA ANTISOCIAL DEL NIÑO
HIPERQUINETICO ”

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ERMINDA RODRIGUEZ DE PAZ

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ

ASESOR:

DR. VICTOR URIARTE BONILLA

DIRECTOR DE LA FACULTAD :

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

MEXICO, D. F.

1995

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.

AGRADECIMIENTOS:

Mi más sincero agradecimiento es para el Instituto de Salud Mental, especialmente para el Dr. Eugenio Macias, por su confianza y por el apoyo que me brindó para la realización de éste trabajo.

A mi directora de Tesis, Mtra. Luz María Rocha Jiménez. Agradezco tu tiempo, el interés y la dedicación que demostraste en la revisión del presente trabajo, además, quiero expresarte que me siento en deuda contigo, gracias por tu apoyo, tu comprensión y tu valiosa asesoría, me has transmitido confianza, conocimientos y sobre todo un gran entusiasmo por el estudio de la familia.

A mi asesor el Dr. Victor Uriarte B. Quién a través de su clase y enseñanza despertó en mí la inquietud por el estudio de la hiperquinesia. Gracias por esa sonrisa tan cálida, por el interés y el apoyo que me brindó cuando requerí su asesoría

A la Lic. Damariz García C. Agradezco profundamente la confianza depositada en mí, la revisión de este trabajo, tus observaciones tan acertadas y más aún, tu amistad.

A la Lic. Noemi Díaz M. Aprecio en todo lo que vale tu optimismo, tus conocimientos y la sincera disposición que demostraste desde que este trabajo era solo un proyecto. Gracias por tu revisión y tus valiosos comentarios.

A la Lic. Alma M. Lopez-Arce C. Muchas gracias por la revisión y los comentarios que sin lugar a dudas enriquecieron este trabajo.

Al Maestro Gustavo Bachá M. Quiero reiterar mi agradecimiento por las facilidades que me otorgó para la elaboración de esta tesis. Gracias por fomentar mi superación académica, por tu "perseverancia", tu afecto y por ese interés tan especial que demuestras a todo tu equipo de trabajo; por cierto, te recuerdo que sigue Alicia y Alvaro.

Al Mtro. Alvaro Torres Ch. Te doy las gracias por ser tan auténtico, por el apoyo que siento de tu parte y por ser mi maestro, mi cuate...

Lic. Juan Carlos Hurtado L. Agradezco a usted el apoyo que me ha brindado, además, gracias por su amistad y la confianza que ha depositado en mí.

A la Facultad de Psicología y a todos los maestros que intervinieron en mi educación, no deseo mencionar nombres por temor a olvidar alguno.

Al Dr. Bermudez quién amablemente me permitió trabajar en su Macintosh, Gracias.

DEDICATORIAS

A mi madre, el ser maravilloso que me dió la vida y que ha sabido apoyarme en todas mis decisiones; te doy las gracias por hacerme sentir siempre querida, por compartir mis alegrías, tropiezos y mis logros, por enseñarme a levantar la mirada diariamente y dar gracias a Dios por la oportunidad de vivir un nuevo día.

A mi padre, por ser como es... gracias por tus enseñanzas, por fortalecer mi carácter, por tu consentimiento y sobre todo por la confianza que en mí depositas.

A mi esposo, mi mejor amigo, mi confidente, mi asesor, etc. Quiero darte las gracias por compartir tu vida conmigo, por el apoyo incondicional que siempre has brindado a mi vida personal y profesional; me siento feliz y a veces no lo creo, sin embargo, el saber que estas a mi lado, me hace sonreír y pensar en lo maravilloso del mañana.

A mis numerosos hermanos a quién deseo expresar a todos y cada uno algo de lo que he recibido a lo largo de mi vida.

Andrea, sirva esta pequeña dedicatoria para recordarte que te quiero mucho a ti y a Raul, me han demostrado que la nobleza y la generosidad son sentimientos maravillosos que deben ser compartidos. Gracias por su apoyo incondicional.

Elvia, eres una personita (1.54 mts., no?) de quién aprendí mucho, gracias por enseñarme a vencer la adversidad, por tu valentía y por tu afán de superación.

Silvia, mi mejor amiga, mi hermana, mi cómplice y confidente... eres eso y más. Muchas gracias por ser quién eres. Te quiero y te extraño.

Pedro, eres mi mayor ejemplo de amor, trabajo y apoyo, eres mi padre ideal, gracias por compartir tu alegría y amor conmigo.

Santiago, ejemplo de rectitud y exigencia, creo que también me hacía falta aunque, también me quieres, no?, yo te quiero mucho.

Abel, siempre me has rodeado de alegría y consentimiento, gracias por tu cariño y tu comprensión.

Ernesto, Tengo tanto que decirte que mejor lo dejo para otra ocasión, hoy solo quiero recordarte que eres el único hermano que me ha escuchado como mujer y como amiga; siempre me diste una opinión y me enfatizaste que las decisiones finales eran mías puesto que aunque era más pequeña, era un ser libre,

me enseñaste lo que es el respeto y la cordura, gracias por estimular mi independencia y más aun por el amor que compartimos.

Roberto, mi compañero de juegos, mi defensor, mi heroe, el recuerdo de mi infancia es maravilloso gracias a ti. Eres mi ejemplo de bondad y de amor, gracias.

Rodrigo, ya era justo que yo pudiera regañar a alguien, no me pasé verdad?. Quiero decirte que eres y seras siempre mi hermanito, una persona tierna y sensible a la cual yo quiero mucho.

A todos mis sobrinos que por cierto no pongo sus nombres porque son muchos.

Al Ingeniero Victor Ramirez I. Le estoy infinitamente agradecida por el apoyo que me brinda día con día, es usted mi ejemplo de serenidad, bondad y honestidad. Además quiero darle las gracias por su lap-top, gracias a ella pude robarle horas a muchas noches.

A mis amigas: Hilda, Sandra, Esmeralda, Elena, Alicia, Mary, Lulú, Claudia, Yolanda, Isela y Gaby. Algunas de ellas han compartido momentos muy difíciles de mi vida, otras me han apoyado en situaciones críticas pero algo que a todas nos resulta común, es la amistad y el afecto que compartimos día con día. Gracias.

A mis amigos: Victor, Alfredo, Oscar, Fabian , Elfego y Enrique Reyna (hago la aclaración del apellido porque no quiero que de ninguna manera se confunda con otro...). Siempre se necesita de otro punto de vista ¿no lo creen?, gracias por compartir su amistad y alegría conmigo.

Si por error omití a alguien pido de antemano una disculpa.

INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCION.....	7
I. CARACTERISTICAS DEL SINDROME HIPERQUINETICO.....	10
A) Denominación del síndrome hiperquinético.....	10
1) Síntomas primarios.....	14
2) Síntomas secundarios.....	16
B) Factores que determinan el síndrome hiperquinético.....	19
1) Herencia.....	21
2) Lesión cerebral.....	21
C) Tratamiento del niño hiperquinético.....	25
II. LA FAMILIA.....	31
A) La familia como sistema.....	31
B) La manifestación del síntoma.....	40
C) La dinámica familiar y su posible relación con el niño hiperquinético.....	46
METODOLOGIA.....	50
Objetivo.....	50
Sujetos.....	52
Materiales.....	53
Procedimiento.....	59
RESULTADOS.....	61
DISCUSION.....	72
Bibliografía.....	79

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo identificar y relacionar la dinámica familiar del niño hiperquinético con algunas manifestaciones conductuales tales como agresión, ansiedad y conducta antisocial. La dinámica familiar se midió a través de la aplicación de la Escala de Percepción familiar (FACES II), por medio de dos dimensiones: Cohesión y Adaptación quienes a su vez se manejan en dos ejes. 1) Desarticulado-Amalgamado y 2) Caótico-Rígido. Las manifestaciones conductuales del niño se evaluaron a través del Cuestionario para Padres, en donde se logró una valoración conductual del niño a través de la información proporcionada por los padres, esta escala valora seis factores de agrupación: agresividad, ansiedad-inhibición, conducta antisocial, enuresis-encopresis, trastorno psicossomático e inmadurez-ansiedad. La selección de los sujetos para el grupo experimental se conformó por 30 familias de niños diagnosticados como hiperquinéticos por el Instituto de Salud Mental; los 30 sujetos que conformaron el grupo control fueron extraídos de una escuela primaria pública oficial y previamente seleccionados por el maestro de acuerdo a criterios establecidos. La edad de los niños fue entre seis y diez años. El tratamiento estadístico que recibieron los puntajes obtenidos a través de la aplicación de la escala de percepción familiar, fueron analizados por medio de una distribución de frecuencias. Los datos arrojados por el cuestionario para padres fueron sometidos a un análisis estadístico de U de Mann Whitney; las diferencias entre el grupo control y el grupo experimental se determinaron mediante un análisis de frecuencias. Los resultados obtenidos, mostraron que algunas conductas se vieron incrementadas en el grupo de niños hiperquinéticos a diferencia del grupo de niños controles, de esta manera, las conductas más significativas fueron: Nervioso, impulsivo, gritón, agresivo, intranquilo, mentiroso, latoso, desobediente, distraído, osado y el lugar que ocupan en la familia. Finalmente se concluyó que a partir de la aplicación de ambas escalas, no fue posible determinar si la dinámica familiar puede ser considerada como el factor determinante en la manifestación de algunas conductas del síndrome hiperquinético; sin embargo, un dato de especial importancia fue que las familias de tipo flexible son las que en general reportan como menos problemático al niño hiperquinético; por esta razón, se sugiere a futuros investigadores, aplicar dos modelos de intervención terapéuticos, uno dirigido a las familias de niños hiperquinéticos y familias sin miembros hiperquinéticos, y otro dirigido hacia el niño hiperquinético de modo que mediante una comparación de ambos resultados se obtenga mayor información con respecto a este síndrome.

INTRODUCCION

La historia de la hiperquinesia ha sido por demás controvertida, este síndrome se ha abordado de manera multifactorial, sin embargo, finalmente, se han considerado tres grandes aspectos, el primero de ellos se refiere a un problema conductual (hiperactividad), el segundo a la etiología (disfunción cerebral mínima) y finalmente al área cognoscitiva (específicamente a un déficit de atención) (Werry, 1992). La terminología ha sido muy diversa de modo que en un esfuerzo por describir de manera objetiva las características más significativas del síndrome se logró su clasificación en el DSM-III (1980) y se establecieron características tales como: inatención, impulsividad, hiperactividad, iniciación antes de los seis años, duración de seis meses como mínimo y un diagnóstico excluyente de alguna otra patología.

La hiperquinesia se caracteriza fundamentalmente por la manifestación de alteraciones de la conducta, el niño, se enfrenta a serios problemas de tipo intelectual principalmente, manifiesta también una incapacidad para fijar su atención en un solo objeto de modo que no es capaz de lograr una buena concentración y esto evidentemente repercute en un bajo rendimiento escolar (Kempe, 1979).

El estudio de este síndrome adquiere vital importancia cuando se advierte que representa un 3% de niños afectados y que cada vez se incrementa más este porcentaje, se reconoce que es más frecuente en hombres que en mujeres y que en la mayoría de los

casos no se cuenta con un diagnóstico apropiado (Uriarte, 1989).

A primera vista, el problema de la hiperquinesia puede parecer sencillo sin embargo, no lo es si se considera que los aspectos sociales y ambientales ejercen una influencia directa sobre áreas como la familiar y la escolar, es así como se reconoce la importancia de un manejo integral que involucre a la familia del niño hiperactivo.

El tratamiento fundamental para el niño hiperquinético es en primer término el farmacológico, esto probablemente debido a las instancias médicas que atienden los casos, sin embargo, se ha reportado que cuando se utiliza de manera alterna un tratamiento psicopedagógico para el niño y un tratamiento conductual para los padres, los resultados son altamente benéficos para el niño hiperquinético

Al conocer de manera breve las características del niño hiperquinético, una entidad que cobro especial atención fue la familia pues ésta se reconoce como un medio de desarrollo natural del niño. En la presente investigación se pretendió establecer la existencia de una probable relación entre la dinámica familiar y la manifestación de algunas conductas tales como la agresión, ansiedad y conducta antisocial del niño hiperquinético

En el presente trabajo, en el primer capítulo se abordó el tema de la hiperquinesia, teniendo como primer punto la denominación del síndrome hiperquinético, en donde se hizo una caracterización de la manera en como se consideró el diagnóstico apropiado de esta patología, ya que se tiene el problema de los diferentes criterios de

diagnóstico para este síndrome. En segundo lugar se hizo una revisión de los factores que determinan el síndrome hiperquinético, tales como los factores neurofisiológicos y socioculturales que se conocen y que están relacionados con la hiperquinesia. Finalmente este primer capítulo aborda el problema del tratamiento, en el que se toca el tema de los tratamientos farmacológicos y las propuestas conductuales que han dado resultados positivos en el tratamiento del síndrome hiperquinético.

En el segundo capítulo se aborda el tema de la familia, en donde en primer lugar se toca el concepto de la familia como un sistema, el cual es útil para el análisis que se hace de los resultados obtenidos. En seguida se estudia la manifestación de los síntomas del niño en el sistema familiar. Por último, se trata el problema de la dinámica familiar y la posible relación con la expresión de las conductas del niño hiperquinético, lo que da lugar a la presente investigación.

Después de lo anterior, el trabajo se torna más descriptivo ya que se reporta la metodología empleada, en donde se incluye las características de la población estudiada, las escalas utilizadas y la manera en como se llevó a cabo el estudio. Se presenta así mismo una sección que describe brevemente los resultados obtenidos y finalmente se concluye con una discusión en donde se replantean algunos conceptos teóricos analizados en el marco teórico. Se termina con un planteamiento para futuras investigaciones y se sugieren algunas mejoras para determinar si realmente la familia es un factor importante en la expresión del síndrome hiperquinético.

CAPITULO 1 CARACTERISTICAS DEL SÍNDROME HIPERQUINETICO

A) Denominación Del Síndrome Hiperquinético

El síndrome hiperquinético es un problema de gran importancia, en virtud de que representa hasta el 3% de los niños prepuberales y es aproximadamente diez veces más frecuente en hombres que en mujeres. Su historia natural ha mostrado algunos puntos importantes a considerar, en primer lugar, todos los síntomas persisten hasta la adolescencia; segundo, el trastorno es autolimitado y no todos los síntomas desaparecen en la pubertad; tercero, la hiperactividad desaparece pero las dificultades en la atención y la impulsividad persisten, hasta la adolescencia y a veces hasta la edad adulta, esta última se considera de tipo residual (Calderón, 1990).

A primera vista, la apreciación del problema pudiera parecer sencillo, sin embargo no lo es desde el punto de vista de la concepción misma de patología, de su etiología, de sus signos y síntomas y más aún de su estudio terapéutico.

De acuerdo con Uriarte, (1989) "entender el síndrome cobra vital importancia por lo siguiente:

- 1) Representa un amplio grupo de niños seriamente afectados de la población escolar

- 2) Constantemente se diagnostica mal
- 3) Cuando el diagnóstico es correcto, el tratamiento es inadecuado
- 4) El manejo incorrecto es costoso e ineficaz
- 5) El tratamiento apropiado es eficaz, barato y accesible
- 6) Aún cuando las características del síndrome se modifican, pueden persistir toda la vida

Desde el punto de vista teórico basta con señalar lo siguiente:

- 1) Esta patología podría ser la manifestación infantil de síndromes psiquiátricos adultos
- 2) Se debe entender el sustrato bioquímico de los trastornos de la conducta y de aprendizaje
- 3) Es importante reconocer y evitar las relaciones interfamiliares que favorezcan estas conductas.
- 4) Finalmente, se requiere poner en marcha programas adecuados para el niño hiperquinético dentro del concepto de neuropsiquiatría educativa" p. 18

Los términos hiperquinesia e hiperactividad son esencialmente sinónimos y probablemente no son los ideales para describir a este grupo de niños, sin embargo, hay un consenso general con respecto a que las características clínicas del niño hiperquinético son secundarias en cuanto al problema con la limitación en el tiempo de atención, este problema se ve asociado generalmente por una inquietud y sobre todo una marcada impulsividad (Calderón, 1990).

El síndrome hiperquinético, se caracteriza principalmente por la manifestación de alteraciones conductuales, así como también por problemas cognoscitivos, teniendo como característica fundamental un trastorno de la atención, donde el niño enfrenta serios problemas al realizar tareas de tipo intelectual, es decir, se muestra poco hábil para fijar su atención en un solo objeto y consecuentemente, esto repercute en una falta de concentración (Uriarte, 1989). Por otro lado, puede manifestar también distractibilidad, es decir, cualquier estímulo ambiental tendrá la capacidad de desviar hacia él su atención, de modo tal que le resultará difícil permanecer realizando una sola actividad, tampoco jerarquizará, u organizará los eventos del mundo exterior, por lo tanto, cuando inicia una tarea difícilmente puede terminarla. Por lo anterior, en general los niños hiperquinéticos presentan un bajo rendimiento escolar (Kempe, 1979).

Otra característica sintomatológica es la llamada inmadurez que "se refiere a aquellas conductas normales durante una etapa de la vida del niño, las cuales no son superadas todavía por el niño hiperquinético, de modo que provocan diversos desajustes y se consideran patológicas" (Uriarte, 1989 p.28).

La hiperactividad se caracteriza más por la falta de un objetivo que por la cantidad de movimiento, es decir, el exceso en la manifestación de diversas conductas no se debe a un problema de tipo motor sino a la falta de estímulos que dirijan la conducta. En general también se presentan también reacciones emocionales

desmedidas, así como manifestaciones de mal humor que desaparecen con la misma rapidez con la que afloran.

Los períodos de atención son cortos, prevaleciendo la impulsividad y existiendo dificultades para las relaciones de grupo, aunque no tanto las particulares. Se advierten así mismo deficiencias en el empleo del lenguaje, así como trastornos de coordinación y aprendizaje. La motricidad hiperkinética es inconstante, torpe y desmesurada. Se considera que la inteligencia del niño hiperquinético no está dañada o lo está sólo levemente, el éxito del aprendizaje no se ve perjudicado únicamente por una inteligencia reducida, sino también por trastornos neuróticos del aprendizaje que escapan a una medición psicométrica (Nissen, 1991).

Debe subrayarse que la patología del niño hiperquinético es la exageración o la deficiencia de las conductas normales manifestadas por todos los niños, de modo que la designación de patológico se basa en la cantidad y no en la calidad de la conducta (Golden y Anderson 1981).

Generalmente, esta patología se inicia a la edad de tres años, aunque con frecuencia no se hace evidente hasta que el niño entra en la escuela, de modo que la patología típica se detectará de los 6 a los 8 años de edad (Calderón, 1990).

Este síndrome, es multifactorial y existe en diferentes grados, en donde los factores orgánicos parecen tener especial importancia, sin embargo, los aspectos ambientales y sociales parecen ejercer

también una influencia importante en el desarrollo del niño hiperquinético, se considera que las principales características de este síndrome son las alteraciones de la conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones (Velasco, 1987), de esta manera, y de acuerdo con Uriarte (1989) la sintomatología se puede dividir en síntomas primarios y secundarios.

1) Síntomas Primarios

A) Inatención.- Es esta la incapacidad fundamental del niño hiperquinético, ya que demuestra dificultades para concentrar su atención en un solo estímulo y presenta problemas de memoria, no en el sentido mnémico, sino porque todo se le olvida fácilmente. Este es el síntoma más sobresaliente y también el más duradero, pues puede permanecer toda la vida.

B) Hiperactividad.- Sin duda alguna, es este el síntoma más notorio del síndrome hiperquinético, el niño presenta una hipermotilidad incontrolable que no tiene ningún propósito fijo ni útil.

C) Torpeza motora e inmadurez perceptual.- La inhabilidad motora se expresa en dos ámbitos: la motricidad gruesa y la motricidad fina. Por motricidad gruesa se entienden las dificultades que se observan en los movimientos y los reflejos manifestados al caminar, o en la práctica de algún deporte. La motricidad fina está caracterizada por la inhabilidad del niño hiperquinético para escribir, abotonarse, anudarse las agujetas, y recortar con tijeras. Con respecto a la inmadurez perceptual, se puede decir que existe un estrecho vínculo

con la capacidad de ejecución, esta alteración abarca muchos renglones como por ejemplo, rotación, fragmentación y desintegración, distorsión, desproporción, sustitución de líneas por puntos, sustitución de círculos por puntos, perseveración, sustitución de curvas por ángulos etc.

D) Impulsividad y baja tolerancia a la frustración.- Bajo este rubro se consideran los trastornos del impulso y del comportamiento social, entre las más frecuentes se encuentran la inquietud, la desobediencia patológica, la destructividad, la agresividad, la desinhibición, el robo y el temperamento explosivo. La baja tolerancia a la frustración se refiere a una pobre capacidad para controlar impulsos.

E) Disminución, en la capacidad para experimentar placer y dolor.- Se ha pensado que el niño hiperquinético presenta una alteración en un centro cerebral específico y que es esta la causa de la manifestación de la desobediencia patológica y anhedonia, refiriéndose esta última a la incapacidad para sentir placer ante las distintas actividades diarias.

F) Trastornos formales del pensamiento.- Estos trastornos se manifiestan como taquilalia, verborrea, pararrespuestas, disgregación, pensamientos que semejan fuga de ideas, etc. Tales alteraciones sugieren un estado de manía. Existen otros síntomas que pueden considerarse como agregados, estos son los rasgos obsesivos compulsivos y las alteraciones del sueño.

2) Síntomas Secundarios

Como síntomas secundarios se deberán entender aquellos intentos compensatorios y restitutivos que permitan encubrir las dificultades que presenta el niño hiperquinético, entre las cuales los más sobresalientes son la mitomanía, las conductas impredecibles, un marcado egoísmo y un sentimiento de culpa que es acompañado por depresión y ansiedad. Como síntoma agregado, se puede considerar a la enuresis.

De acuerdo con Calderón (1990), los trastornos más comunes que manifiesta el niño hiperquinético son dos: uno se refiere a la conducta antisocial, que se manifiesta a través de un comportamiento desafiante, desobediencia y agresión excesiva y el otro es un trastorno referido por ansiedad, tristeza y baja autoestima; estos dos aspectos son los que se han observado con mayor frecuencia .

Como se ha podido observar, existe una gran diversidad con respecto a la definición del síndrome hiperquinético, Werry (1988) intentó señalar las más comunes en la bibliografía especializada de modo que reportó las siguientes: parálisis cerebral mínima, retardo en la maduración cerebral, trastorno conductual posencefálico, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, hiperquinésia infantil, trastorno en el aprendizaje, pseudoneurosis infantil, trastorno de la atención con hiperquinésia, niño hiperactivo, etc. . Por tal razón, en un esfuerzo por establecer un criterio de diagnóstico objetivo se recurrirá a la clasificación estadounidense establecida por el Manual

de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-III-R, 1989), que define al síndrome como Trastorno por Déficit de Atención; existiendo dos tipos de trastorno activo: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad.

El DSM-III-R (1989), establece las siguientes características para el síndrome hiperquinético:

1) Inatención 2) impulsividad 3) hiperactividad 4) iniciación antes de la edad de 7 años 5) una duración de cuando menos seis meses 6) comprobación de que no se tiene como causa la esquizofrenia, trastornos afectivos o retraso mental severo o profundo.

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

- a) frecuentemente no termina las cosas que inicia
- b) con frecuencia da la impresión de que no escucha
- c) se distrae con facilidad
- d) muestra dificultad para concentrarse en las tareas escolares
- e) tiene problemas para mantenerse en una dinámica de juego.

Para establecer el diagnóstico de *impulsividad* se requiere cuando menos tres de las siguientes características.

- a) a menudo actúa antes de pensar
- b) cambia constantemente de una actividad a otra

- c) tiene dificultad para organizar su trabajo
- d) requiere de una constante supervisión
- e) con frecuencia tiene que llamar la atención en clase
- f) muestra dificultad al esperar su turno en juegos o en situaciones de grupo

Para establecer el diagnóstico de **hiperactividad** se requiere cuando menos de tres de las siguientes características:

- a) continuamente y en forma excesiva está corriendo, subiendo y bajando de todos lugares
- b) tiene dificultad para mantenerse sentado sin moverse y se mueve constantemente
- c) tiene dificultad para mantenerse sentado
- d) se mueve en exceso durante el sueño
- e) con frecuencia esta en acción como si fuera impulsado por un motor

Debido a que el Trastorno por Déficit de Atención, es sumamente amplio y variable, el diagnóstico suele darse por un médico, este a su vez se basa en diversas pruebas como por ejemplo un diagnóstico nosológico, en el que se incluyen los antecedentes, el inicio y la evolución del problema, además de exploraciones físicas y psiquiátricas, estudios neurológicos y electroencefalográficos, pruebas de laboratorio y finalmente, pruebas psicopedagógicas; esto con el fin de descartar otros posibles orígenes de la sintomatología. Este síndrome no puede ser diagnosticado si únicamente se presentan los síntomas, pues frecuentemente puede confundirse con otras patologías típicas de la niñez como por ejemplo la

desnutrición, la parasitosis, las endocrinopatías, la hipoacusia, los trastornos de visión y por último las infecciones. Un factor que nunca se debe pasar por alto en el diagnóstico del síndrome que nos ocupa es la permanencia de los síntomas, es decir, el niño deberá haber presentado por lo menos algunos síntomas durante toda su vida o en su defecto, referirlos como mínimo, desde hace seis meses, el diagnóstico deberá ser excluyente de cualquier otra enfermedad (Velasco, 1987).

Otro fenómeno que deberá considerarse para el diagnóstico de hiperquinesia es la inquietud propia de la edad, esto se refiere a los menores que provienen de familias desorganizadas y caóticas, que canalizan su conflicto a través del hijo, es decir, restringen toda actividad exploratoria del niño, esto con el fin de hacerse presente en todo momento y por que no decirlo, sentirse de alguna manera indispensable, de manera que estos hechos conllevan a caer en una fácil sobreprotección de los padres (Velasco 1981, Berenstein 1978).

B) Factores Que Determinan El Síndrome Hiperquinético

La hiperactividad es considerada como la expresión de una interacción compleja de factores biológicos, sociales y psicológicos (Calderón, 1990).

Hasta el momento, no existe una causa a la cual se le atribuya el origen de la hiperquinesia, la etiología es por demás controvertida, se considera importante la concientización de la multiplicidad de elementos que pueden estar provocando este síndrome, de modo

que se ha acordado la atribución de causas orgánicas y psíquicas a esta patología. Por orgánico se entienden las lesiones y cualquier factor físico o bioquímico que modifique las funciones cerebrales, por ejemplo la endocrinopatías, las intoxicaciones, la herencia, etc.; en tanto que por psíquico se consideran principalmente los factores emocionales y de aprendizaje (Hinshaw, 1987).

Ney, (1974) propuso cuatro etiologías para este síndrome:

a) Genética , se refiere a que la posible manifestación es temprana, así como también a la ausencia de eventos perinatales notorios, esto implica un factor hereditario del síndrome.

b) Conductual, provocada principalmente por el manejo familiar, en este punto, puede pensarse que las conductas de los padres son de origen patológico.

c) Disfunción cerebral, es aquella que muestra un inicio temprano y eventos perinatales importantes.

d) Reactiva, en medios familiares y escolares caóticos

En un intento por esclarecer el origen del síndrome hiperquinético, muchos investigadores han propuesto condiciones diferentes que pueden producir o facilitar la hiperquinesia, no obstante, no se ha definido de manera clara y precisa, basta con agregar que la herencia es quien aparece como el mayor determinante, seguido por una lesión cerebral y por último los factores psicodinámicos (Uriarte, 1989).

1) Herencia

Existe evidencia, de estudios en familias, de que la actividad pasa de una generación a otra. Se ha hecho evidente que la hiperactividad no es un fenómeno transitorio de la niñez sino que es una tendencia a la personalidad básica con implicaciones sobre patrones de conducta que estarán presentes a lo largo de toda la vida y más aún, pueden influir en generaciones subsecuentes (Calderón, 1990).

Rapaport J, Buchbaum M, Weingartner H, (1980) realizaron una investigación con niños hiperactivos y reportaron que un alto porcentaje de estos niños, contaban con la presencia de hiperactividad en el padre. A simple vista, parece claro que gran parte de la hiperactividad es hereditaria (aunque probablemente de tipo poligénico) no sólo debido a que se observa en familias, sino también a que los padres biológicos de niños hiperactivos muestran con frecuencia otros trastornos, cada uno de los cuales tienen como característica común la hiperactividad: psicopatía, alcoholismo e histeria (Calderón, 1990). Cabe aclarar que no existen estudios en los que se haya caracterizado algún gen como determinante de la hiperquinesia, sino que tales aseveraciones están basadas únicamente en el análisis de los patrones familiares.

2) Lesión cerebral

Innumerables escritos del pasado cuarto de siglo han expuesto el punto de vista de que la conducta hiperquinética, incluyendo la distractibilidad, son puntos cardinales de una supuesta lesión

estructural sutil, obviamente atribuida a algún trastorno perinatal (Rapin, 1987).

Towbin 1981, (Uriarte 1989), compara los accidentes cerebrales del adulto con la lesión cerebral perinatal, observando en ambos casos una alteración del tejido nervioso.

Needleman y cols. (1979), sugieren que una lesión bioquímica de tipo aún indeterminado, causada por una exposición crónica al plomo a concentraciones demasiado bajas como para producir signos evidentes de intoxicación, puede ser la causa de la atención y el rendimiento deficientes en los niños hiperquinéticos.

En apoyo a la postura neuroquímica, Knopf (1979) realizó un estudio con ratas recién nacidas, las cuales desprovistas de dopamina, manifestaron incrementos en los niveles de actividad a los 22 días de vida en comparación con los sujetos del grupo control. Se comprobó así que el nivel de dopamina beta - hidroxilasa (enzima que interviene en la síntesis de norepinefrina a partir de la dopamina) se correlacionó positivamente con los sujetos hiperquinéticos. Esta hipótesis concuerda con los resultados del tratamiento con anfetaminas, ya que se ha visto que se aumentan los niveles de dopamina en el sistema nervioso central (Kandel, 1992); se pudo comprobar también, que al alcanzar la madurez, los sujetos mostraban una clara disminución de la hiperactividad, sin embargo, se observó a la vez, que los sujetos en edad adulta manifestaban nuevamente problemas en el aprendizaje.

Lou y cols (1984), observaron una hipoperfusión en la sustancia blanca de los lóbulos frontales y de la región del núcleo causado en niños con trastorno de la atención; la localización de las estructuras hipoperfundidas fue compatible con un evento hipoxicoisquémico de origen temprano.

Denson y cols. (1975), observaron que el tabaquismo materno, durante el embarazo estimula la hiperactividad, sin embargo determinaron que el factor más importante fue un incremento notable en la incidencia de complicaciones obstétricas asociadas con el tabaquismo durante el embarazo ya que esto puede dar origen a una hipoxia fetal o bien a un daño cerebral.

Hohman 1922 citado por (Uriarte, 1989) señaló que para una mejor comprensión de las estructuras que están relacionadas con el cuadro de la hiperquinesia, podemos recurrir a las investigaciones hechas en modelos animales en donde se ha demostrado que "una lesión ya sea pequeña o circunscrita en el cerebro entero puede producir, esta alteración conductual en el humano, las lesiones específicas o generalizadas que son provocadas por encefalitis o traumatismos también pueden producir el síndrome hiperquinético" p.75. Por lo anterior, se puede deducir que "la hiperquinesia podría ser una reacción inespecífica cuando el cerebro es lesionado por cualquier agente nocivo" (Norton,1980),

Resulta innegable el hecho de que ciertas formas de daño cerebral inducen un temperamento impulsivo, hay numerosas

descripciones de niños que sufrieron encefalitis y después se volvieron hiperactivos (Ledingham y Schwartzman, 1984).

Para Velasco (1980), la principal causa de la hiperactividad se encuentra en la valoración objetiva de los cambios estructurales y funcionales del cerebro, según este autor, la manifestación de algunas conductas del niño hiperquinético, pueden ser suficientes para confirmar la presencia de alguna alteración cerebral, aun cuando no aparezcan datos de este tipo en la evaluación neurológica. Esta postura es sumamente criticada por García y Alcántara (1989), quienes argumentan que si partiéramos de este supuesto, de tajo cortaríamos con el aprendizaje y la experiencia que son considerados también como causantes, o incluso determinantes, de esta patología.

En una obra posterior, Velasco (1987) describe que todo planteamiento en términos de organicidad como explicación única de patología debe rechazarse por considerarse incompleto e inoperante, agrega que los estímulos de naturaleza física, psicológica y social pueden dañar al organismo hasta el grado de producir un estado patológico.

Como se puede observar, no se ha encontrado una etiología común en la manifestación de este síndrome, algunos autores determinan que esta gran excitabilidad se debe a la existencia de alteraciones neurológicas o daños cerebrales, no obstante otras investigaciones sugieren que tales alteraciones no pueden ser consideradas como determinantes pues existe evidencia de niños hiperactivos que no presentan ninguna alteración neurológica.

C) Tratamiento Del Niño Hiperquinético

El tratamiento fundamental para la alteración que nos ocupa es, hasta hoy, en primer término el farmacológico, esto debido al éxito observado bajo el metilfenidato (Aman y Sprage, 1974).

En 1937, Bradley abrió una nueva era con el uso de las anfetaminas en la terapéutica del síndrome hiperquinético, pues advirtió que los pacientes a los cuales se les habían administrado estimulantes, con el único propósito de disminuir sus dolores de cabeza, paradójicamente tenían un efecto calmante, es decir, incrementaban su capacidad de atención y disminuía notablemente su intranquilidad.

Rapin (1987), hace algunas aportaciones por demás interesantes, al explicar mediante la teoría subcortical, los efectos beneficiosos de los fármacos estimulantes sobre la conducta del niño hiperquinético. Esta teoría sugiere, que los efectos de los medicamentos estimulantes no son paradójicos, sino que el aumento de la activación cortical y por lo tanto de la efectividad del procesamiento y del control subcortical de las entradas sensoriales, explican el efecto calmante, el aumento del período de atención, el mejor enfoque y las respuestas afectivas más apropiadas producidas por el estimulante. Esta capacidad puede depender de la actividad de las vías colinérgicas y de los lóbulos frontales.

Los fármacos utilizados con mayor frecuencia, son los estimulantes pues como es sabido, aumentan la actividad de la

sinapsis catecolaminérgicas en el cerebro. Existe evidencia que indica que los fármacos estimulantes actúan a través de su acción adrenérgica para controlar la conducta agresiva, antisocial y psicótica, mientras que su efecto dopaminérgico ayuda a mantener la atención enfocada (Arnold, 1973).

Se han formulado muchas teorías para explicar los efectos beneficiosos de los fármacos estimulantes en niños hiperquinéticos, sin duda, se puede decir que son las sustancias que han demostrado un mayor beneficio en los síntomas de la hiperquinesia, no obstante, esto no es generalizado a todos los pacientes con este padecimiento pues en un grupo minoritario otro tipo de medicamentos, tales como anticonvulsivos y antidepresivos proporcionarán un mayor beneficio, de esta manera, mientras que en un niño desaparece todo rasgo de patología en otro solo desaparecerá una parte (Gittelman, 1978).

La administración de fármacos debe estar bajo estricto control médico, bajo una supervisión constante que sea capaz de detectar los efectos colaterales que puede suscitar el uso de tales medicamentos. El uso de los estimulantes, sin embargo, debe ser una decisión del médico que atiende al niño hiperquinético, quien deberá valorar si el paciente realmente necesita el fármaco, además de tomar en cuenta las características particulares que ofrece el caso (Nissen, 1991).

El empleo apropiado de los estimulantes de corta acción dependen del conocimiento de su efecto rápido, no acumulativo y de

entender la necesidad de tener una cobertura uniforme todo el día (Uriarte, 1989).

Ross y Ross (1976), han sugerido tres criterios para la adecuada prescripción de fármacos:

- 1) Después de valorar todos los aspectos ambientales y del desarrollo infantil
- 2) La existencia previa de un programa terapéutico
- 3) El medicamento deberá administrarse de forma temporal

Estos autores, señalan que son muchos los efectos colaterales que subyacen a la prescripción de medicamentos, razón por la cual, su uso se debe restringir en la medida de lo posible.

Los siguientes puntos, deberán considerarse como manifestaciones de los efectos colaterales o secundarios del uso de los estimulantes:

- 1) Insomnio
- 2) Disminución del apetito
- 3) Pérdida de peso
- 4) Irritabilidad
- 5) Dolor abdominal
- 6) Cefalea
- 7) Somnolencia
- 8) Tristeza
- 9) Ansiedad
- 10) Letargia
- 11) Psicosis
- 12) Disminución del sueño REM
- 13) Agresividad
- 14) Crisis de pánico etc.

Uriarte (1989) sugiere, que para una mejor comprensión de los cambios en la modificación conductual que el fármaco produce, se lleve a cabo la evaluación del tratamiento mediante la separación de tres áreas: 1) Conductual 2) Perceptomotriz 3) Aprendizaje

García y Alcántara (1989) resaltan que el uso de fármacos no tiene apoyo en estudios cuidadosamente controlados, afirman que dado que el tratamiento farmacológico se usa de manera paralela a otras técnicas, los resultados que se obtienen no deben ser extrapolados únicamente al efecto de los fármacos, mencionan que no se ha intentado esclarecer el efecto que pudieran tener los estimulantes sobre las habilidades intelectuales como el rendimiento académico y otras funciones cognitivas.

Estudios paralelos al uso de fármacos, han mostrado una nueva alternativa en el tratamiento terapéutico del niño hiperquinético, se señala como ejemplo de esto a Ayllon, Layman, y Kandel (1975) quienes efectuaron una investigación con tres niños hiperactivos que tomaban Ritalin. Estos autores reportaron, que después de haberles tomado la línea base de su actividad, así como su rendimiento en matemáticas y lectura, se les retiró la droga y pudo observarse que estos niños incrementaron notoriamente su nivel de actividad, pero finalmente retornaron a la de la línea base. Después del programa de reforzamiento, la ejecución en matemáticas y lectura mejoró de un 12% de aciertos a un 85% de aciertos.

Diversos autores Ellis, 1980; Lazarus, 1980, Mahoney 1974; Meichenbaum y Cameron 1974 reportan que la aproximación cognitivo conductual posee una técnica eficaz en el tratamiento de los niños hiperquinéticos, esta técnica recibe el nombre de Autoinstrucciones y se refiere principalmente a la modificación de lo que el niño se dice a sí mismo (a través de enseñar al niño a analizar y a cambiar sus pensamientos y actitudes en situaciones que le

generen angustia), esto con el fin de producir respuestas más adaptativas ante situaciones cotidianas.

Erhardt y Baker (1990) refieren el éxito que obtuvieron con el uso de un tratamiento conductual dirigido a los padres de niños hiperquinéticos, mencionan que a través de un entrenamiento, se ayudó a los padres a operacionalizar los problemas conductuales de su hijo, además de identificar los antecedentes y consecuentes de tales conductas; de este modo, los padres aprendieron a utilizar consecuencias tales como: ignorar la conducta del niño, eliminar recompensas, establecer contratos conductuales, manejar una economía de fichas y finalmente aplicar el tiempo fuera. Estos autores, reportaron que durante el tratamiento, se observó un decremento notable de las conductas agresivas del niño hiperquinético.

Otro de los tratamientos de tipo conductual más utilizados, es el reforzamiento diferencial de otras conductas (R D O) que consiste en reforzar toda conducta incompatible con la respuesta de hiperactividad; esto trae como consecuencia el incremento de la respuesta deseada y el decremento de la respuesta indeseada (Galindo y cols., 1981). Ribes (1976), especifica que la conducta, debe reforzarse frecuentemente en un inicio, para posteriormente espaciar gradualmente la entrega del reforzador, hasta que el sujeto adquiera fuentes de reforzamiento adicionales que mantengan esas conductas incompatibles con la hiperactividad.

Por las razones antes expuestas, se puede decir, sin lugar a duda que existe una gran discusión con respecto al tratamiento efectivo para el síndrome hiperquinético, por un lado, se analizan los efectos colaterales que el uso de medicamentos puede provocar en el comportamiento del niño hiperquinético y por otro lado se reconoce la importancia de los programas terapéuticos no farmacológicos. No obstante, la historia en el manejo de esta patología, ha demostrado que este síndrome deberá manejarse, con un tratamiento integral no excluyente, es decir, con una intervención psicoeducacional que maneje aspectos esenciales del síndrome dentro de un contexto de participación del niño, de los padres, de los maestros y de toda la familia en general (Weiss, 1992)

Al conocer las características del cuadro clínico que muestra el niño hiperquinético, surge la suposición de que la expresión de diversas conductas o síntomas pueden estar determinadas no solo por factores intrínsecos a la patología sino también por una estrecha vinculación entre los factores ambientales, escolares y familiares entre otros. Una entidad que cobra especial atención es, **La Familia**, ya que al ser esta un medio natural de desarrollo del niño, los pensamientos, sentimientos y actitudes de los padres hacia él, adquieren vital importancia.

CAPITULO II

LA FAMILIA

A) *La Familia Como Sistema*

La familia representa una institución fundamental del ser humano, se puede decir sin lugar a dudas que posee características especiales y únicas, razón que nos lleva a considerarla como responsable de proporcionar el grupo de interacción más importante para sus miembros.

La noción de sistema es un término que se ha utilizado en casi todas las ramas del conocimiento, su uso ha sido de gran utilidad en la teoría de la comunicación, especialmente para definir el concepto de salud o enfermedad en la familia (Watzlavick, 1974).

Autores como Bertalanffy, (1976) definen al sistema como "un conjunto de elementos en interacción"; así mismo, el enfoque estructural sistémico, representado por Minuchin (1979) uno de los autores más importantes dentro de la terapia familiar sistémica y fundador de la escuela estructural, enriquece este concepto agregando que estos elementos se mantienen en una interacción constante a fin de establecer secuencias o patrones repetidos de interacción.

Por otra parte, Selvini, (1985) aborda la definición de un sistema de la siguiente manera: "el sistema es aquel que trasciende con amplitud las características individuales de los miembros que lo

integran, no es la sumatoria de componentes, sino que posee una complejidad y una originalidad propias; todo cambio de una de las partes afecta a todas las demás, influye sobre ellas y sobre todo, hace que el sistema pase a ser diferente de lo que era antes" p. 58.

Berenstein (1978), menciona que los sistemas pueden ser cerrados o abiertos, en los primeros no hay intercambio (son artificiales) y los últimos son sistemas vivientes; en este sentido, el sistema puede estar abierto hacia dos posibles alternativas, una se refiere al mundo interno de los individuos que conforman el sistema familiar y que se manifiesta a través de un intercambio de información y experiencias y el otro se refiere a los grupos familiares que se piensan así mismos como sistemas cerrados, bajo este principio, basan su estabilidad como grupo, negando así toda relación de los miembros con el ambiente interior y más aún con el exterior. Por lo anterior, señala como propiedades de los sistemas abiertos cuatro puntos:

1) Totalidad: se refiere a la no sumatividad, es decir la familia no es solo la suma de sus miembros sino que todos ellos forman un sistema donde la modificación de uno induce la del resto, de esta manera el sistema se mantiene en constante movimiento.

2) Homeostasis: define la estabilidad del sistema o su estado de equilibrio, se refiere a la corrección y vuelta al estado inicial o también la desviación, cada vez mayor, de este estado. Cuando la relación entre las partes no es de sumatividad sino de circularidad, (esto es, cuando cada parte modifica a la otra), se describe esta

propiedad de homeostasis como realimentación familiar. El sistema cuenta con sus propios mecanismos para volver al estado inicial de equilibrio, sin embargo, es susceptible a que un prolongado desequilibrio pueda desarrollar una patología.

3) Equifinalidad: propiedad de los sistemas abiertos, por medio de la cual, su estado esta determinado por la naturaleza de la relación y no por sus condiciones iniciales, de esta manera, distintas condiciones iniciales pueden llevar a un mismo estado del sistema, (así también, mismas condiciones iniciales pueden llevar a estados diferentes).

4) Calibración: este término puede ser sustituido por "realimentación", en el sentido de que se refieren únicamente a las reglas que gobiernan la estabilidad del sistema y se le debe considerar principalmente como un mecanismo de estabilización del sistema" p.44

Minuchin (1990), conceptualiza un modelo de funcionamiento familiar basado en tres grandes aspectos del grupo familiar; en primer lugar aborda el estudio de los subsistemas, en segundo término la jerarquía y finalmente los límites.

1) Subsistemas.- en este punto, se incluyen a todas aquellas relaciones que constituyen a la familia nuclear y se dividen de la siguiente manera:

a) Subsistema Marital.- se establece mediante el acuerdo de dos personas de formar una pareja, este vínculo no tiene que ser necesariamente legal, basta con que ambos deseen formar una familia.

La funcionalidad de este sistema se determinara en la medida en que cada cónyuge ceda parte de sus ideas y preferencias cuando la situación así lo requiera, en el entendido de que pierden individualidad, sin embargo, ganarán en el sentido de pertenencia. Este subsistema a la vez, deberá ser capaz de proteger a la pareja de las demandas y necesidades de otros subsistemas, en especial cuando se tienen hijos. El criterio de funcionalidad se evaluará a través de la flexibilidad de la pareja para crear conductas alternativas que le permitan crecer a uno y a la vez permitir el crecimiento del otro.

b) Subsistema Parental.- se determina cuando los adultos se vuelven padres, a partir de este momento, se alcanza un nivel de formación familiar nuevo, los padres desarrollan capacidades como por ejemplo la protección y la socialización de los hijos actitud que los llevara a replantear las reglas que hasta ese momento habían establecido. De esta manera, el grado de funcionalidad se observara en el apoyo, en la responsabilidad y en la obligación de los padres para el buen desarrollo de los hijos; siempre y cuando la pareja no olvide el apoyo que caracteriza al subsistema marital.

c) Subsistema Filial.- este subsistema es el del mundo de los hermanos, es aquí cuando mediante el contacto con la familia, el niño aprende a competir, negociar, cooperar, a establecer aliados y sobretodo a lograr un reconocimiento por sus habilidades. El niño que crece sin hermanos, aprende de manera temprana a acomodarse en un mundo adulto, muestra por un

lado un desarrollo precoz y por otro puede retardar el desarrollo de su autonomía y la capacidad de relacionarse con sus iguales.

El contacto entre el subsistema parental y el subsistema filial, permite a los hijos incorporar la fuerza y el poder de los adultos, es aquí cuando interiorizan el concepto de autoridad, esta percepción puede entenderse como un principio que se aplica de manera racional o como algo completamente arbitrario.

El grado de funcionalidad en este subsistema, implica principalmente el manejo de las diferencias entre iguales; esto se refiere a que las riñas y mutuas acusaciones entre hermanos son maneras de aprender habilidades del mundo que nos rodea de modo que no puede considerarse lo anterior como signo de patología familiar. Sin embargo, en este subsistema, el crecimiento de los hijos obligará a los padres a mantener una continua negociación, misma, que de no establecerse de manera clara y flexible, puede provocar un constante enfrentamiento del niño con el medio familiar. La implementación de límites excesivamente rígidos, puede llevar a una dinámica familiar demasiado complicada de modo que los miembros de la familia sufrirán una constante transformación en sus relaciones mutuas. La rigidez en la familia es una característica definitoria de patología.

2) Jerarquía.- este concepto tiene tres significados, el primero de ellos se refiere a la función del poder y sus estructuras en las familias, bajo este rubro debe considerarse la diferenciación de roles

entre padres e hijos y de fronteras entre generaciones. En segundo término se considera la organización de los tipos ó jerarquias lógicas, en donde un orden inferior de tipos lógicos esta constituido dentro de un elemento de orden superior, en tercer lugar, se refiere a la jerarquía de niveles de sistemas cada vez más incluyentes, de esta manera, un miembro de la familia se encuentra subordinado al sistema de la familia, así como esta se encuentra subordinada a la comunidad y esta última a la sociedad (Simón F., Stierlin H y Wynne L, 1988. p. 205).

3) Límites.- El tercer aspecto se refiere a los límites establecidos entre los subsistemas, este concepto está constituido básicamente por las reglas que definen la participación y el tipo de interacción de unos miembros con otros. Lo fundamental de este concepto es el conjunto de reglas implícitas y explícitas que determinan el espacio de interacción de cada uno de los miembros. De esta manera, podemos apreciar la existencia de tres tipos de límites:

a) Límites claros.- se refiere principalmente al reconocimiento por parte de todos los integrantes de la familia, de los espacios de acción de cada miembro.

b) Límites difusos.- son aquellos que se establecen de manera poco clara, carecen de consistencia y no existe un reconocimiento de los espacios de cada uno de los miembros.

c) Límites rígidos.- se caracterizan precisamente por una falta de afectividad pues obstaculizan el paso de información, de esta

manera, se impide la comunicación apropiada de los miembros de la familia, hecho que los lleva a un continuo aislamiento de unos con otros.

Una de las características que tiene una asociación inmediata con los límites es la permeabilidad, esta se refiere concretamente, al grado de dificultad o facilidad con que los miembros de la familia responden al llamado de otros subsistemas.

Otro concepto importante es la Alianza, término que guarda una estrecha relación con la Coalición, el primero se refiere a la comunicación frecuente que establecen dos miembros o más, de una familia para apoyarse y cubrirse mutuamente las faltas, cuando esta alianza se establece, los miembros de manera automática se separan de los demás e integran una coalición contra el otro miembro o peor aún contra otra alianza de ese mismo sistema.

Como se puede observar, cuando se establecen las alianzas en contra de un tercero, estas dan lugar a la triangulación, cuya finalidad será, la de regular la relación entre ellos. En la mayoría de los casos de sujetos sintomáticos, uno de los padres se sobreinvolucra con el niño "problema" (frecuentemente la madre), por otro lado puede observarse también que el otro padre se "desliga" de la relación padre-hijo e incluso de la misma relación marital. Cuando se rigidizan las pautas de interacción de estas triadas, se desarrolla una coalición intergeneracional, en donde el comportamiento sintomático del niño es el resultado de una continua desviación del conflicto oculto dentro de la relación de la pareja (Rodríguez, 1994).

Orozco, (1990) reporta que "prácticamente siempre que hay una patología en una criatura, se pueden detectar triangulaciones en torno a su sintomatología" p.59

Hoffman, (1992) aborda el estudio de estos "triangulos" y refiere que estos deben considerarse como producto de las relaciones de los padres, en el sentido de una dificultad en la relación marital, misma, que se puede establecer en dos ejes:

I) Dominante-sumiso

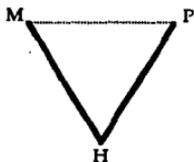
Bajo este rubro, se puede considerar a una relación firmemente establecida por la pareja, en donde cualquier cambio o modificación, es considerado como un factor amenazante. Las parejas relacionadas bajo este patrón, generalmente tienden a involucrar a una tercera persona, comunmente uno de los niños de sexo contrario que al aliarse con el padre triangula la relación. De esta manera concluye, que la respuesta del niño a esta triangulación, es generalmente sintomática.

II) Cercanía-distancia

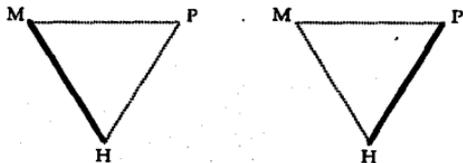
En este eje, deberán considerarse a las parejas que muestran una relación de ping-pong, es decir cuando uno de los miembros hace un movimiento de adelanto, el otro se siente amenazado y entonces busca distanciarse y viceversa.

Refiere a la vez, la existencia de cuatro tipos de triangulación familiar:

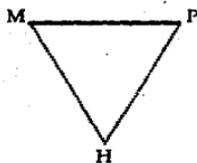
a) **Triangulación.-** Ambos progenitores tratan de ganarse el apoyo del hijo, de manera que puedan utilizarlo contra el otro.



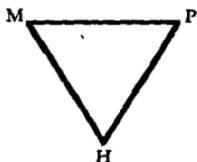
b) **Coalición progenitor-hijo.-** Uno de los progenitores se gana al hijo en su afán de atacar al otro cónyuge. En este tipo de triangulación, el niño adquiere poder, pero a la vez se le genera un sentimiento de culpa que se expresa por medio de una sintomatización.



c) **Ataque al desviado.-** Aquí puede observarse un desacuerdo no abierto entre los padres, desacuerdo que lógicamente será desviado hacia la mala conducta del hijo quien a su vez percibe que logra unir de esta manera a sus padres.



d) **Protección al desviado.**- El desacuerdo encubierto de los padres se manifiesta a través de cuidados excesivos hacia el hijo enfermo, quien percibe que con su mal mantiene juntos a sus padres.



B) La Manifestación Del Síntoma

Orozco, (1990) describe la caracterización del síntoma y agrega, "se sabe que basados en el principio de totalidad y el de circularidad, se reconoce que las conductas de cada miembro de un sistema influyen y son influidas por todas las demás y, además, guardan una relación de complementariedad con ellas de tal suerte que constituyen un todo con personalidad diferente a la suma de los comportamientos individuales" p.79.

Madanes, (1984) aborda el estudio del síntoma en el niño y refiere que este, no necesariamente actúa como un tirano, sino que por el contrario, cumple un papel de benefactor o protector solcito de los demás, en el sentido de que su conducta perturbada permite a los padres dejar de lado sus propios problemas y adoptar problemática infantil como una razón para superar sus dificultades. No obstante, reconoce que "ya sea que se vea en el niño sintomático a un protector o a un tirano, lo cierto es que su conducta perturbada cumple en la familia una función útil, aunque infortunada" p.74.

Haley (1984) refiere que el síntoma cumple la función de "mantener a la familia unida, procurando un foco en que centrar el descontento familiar" p. 183.

Minuchin (1990) agrega, por otra parte, que "los síntomas del paciente identificado ocupan una posición especial en el sistema de transacciones de la familia, representan un nódulo concentrado de stress familiar, que finalmente se convierte en una de las formas de manejar el stress por la familia" p. 193.

Onnis, (1990) retoma las características de las familias psicósomáticas descritas por Minuchin (1979) y describe que las estructuras de estas parecen "normales", sin embargo, se puede observar una marcada tendencia a sus relaciones de lealtad. Agrega, que estas estructuras incluyen una gran insistencia en los cuidados que proporcionan al miembro sintomático, de esta manera, pareciera que su funcionamiento es casi perfecto cuando hay alguien "enfermo". También menciona, que entre las características más sobresalientes de estas familias resaltan la sobreprotección, la fusión

o en otras palabras la unión excesiva entre los miembros de la familia (amalgamamiento), una marcada incapacidad para resolver conflictos y sobre todo una gran preocupación por mantener la paz y evitar los conflictos mediante una rigidez extrema.

En base a lo anterior, retoma la típica organización familiar descrita por Minuchin y define cuatro tipos de interacción familiar:

"1) Aglutinamiento o amalgamamiento.

Los miembros de la familia están muy involucrados de manera recíproca, es decir cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasas. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.

El amalgamamiento y el desligamiento son los extremos, el primero se caracteriza por una falta de límites y el último por límites extremadamente marcados.

2) La sobreprotección

Todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este

proceso muchos conflictos intrafamiliares. Por ello, circularmente, la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia. Las maniobras de protección en la familia psicósomática son una extensión de la intrusión de los miembros familiares.

3) La rigidez

Es este el aspecto más característico de los sistemas patológicos, representa a la familia particularmente resistente al cambio. Se observa una clara tendencia a mostrar en apariencia una familia unida y armoniosa en la que no podrían advertirse más problemas que la enfermedad del paciente; de esta manera, se niega la posibilidad de un cambio en el interior del sistema.

4) Evitación del conflicto

Las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo, de modo que éste quede oculto y no estalle abiertamente. En este proceso, para evitar el conflicto, el paciente juega un rol central y vital. No es raro, incluso durante un proceso de entrevista, observar que interviene cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir de forma amenazadora o que, con la aparición del síntoma o la crisis, consigue el bloqueo del conflicto, atrayendo sobre sí la atención preocupada de los familiares" p. 79.

Hoffman (1992), refiere que a lo largo de la historia se han encaminado un gran número de esfuerzos por explicar el

comportamiento sintomático del paciente a través de un modelo médico (principalmente) o de un modelo psicodinámico. Sin embargo estas aproximaciones no han sido del todo satisfactorias de modo que Minuchin (1990), refiere la importancia de dos dimensiones que deben ser consideradas como factores determinantes para el diagnóstico del sistema familiar, la primera de ellas se refiere al grado de cohesión y la segunda al grado de adaptabilidad. En este trabajo, se tomó a esta última aproximación por considerarse la más completa en el sentido de que la familia es considerada como un conjunto de elementos que están regidos bajo principios claves, como por ejemplo subsistemas, jerarquías y límites. Se consideró, que este modelo a diferencia de los descritos anteriormente, podría arrojar más datos ya que reconoce la influencia de todos y cada uno de los miembros de la familia.

Olson y cols. (1979) plantean un modelo circunflejo familiar en donde señalan que "dos características son identificadas como significativas para el adecuado manejo familiar: la cohesión y la adaptación, mismas que se fluctúan en ejes que van de lo desarticulado a lo amalgamado y de lo caótico a lo rígido" p.18.

Braverman (1986) retoma este modelo y describe ambos términos de la siguiente manera:

1) Cohesión Familiar

Se refiere al grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados ó separados afectivamente a la familia,

específicamente se define como los nexos emocionales que los miembros de la familia sienten unos con otros, involucra factores tales como: ligas afectivas, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y finalmente diversiones.

2) Adaptación Familiar

Se determina a partir de la flexibilidad del sistema familiar ante la posibilidad de cambio, específicamente se define como la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación en respuesta al stress que generan las fuerzas circunstanciales o el propio desarrollo de los individuos. involucra factores como poder familiar, asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, roles de las relaciones y reglas de apoyo.

Minuchin (1990), Selvini (1981) y Hoffman (1992), establecen que el modelo sistémico cumple con la búsqueda de las relaciones circulares que existen entre las interacciones recíprocas de los factores biológicos y sociales del individuo; refieren, que esta búsqueda se da en términos de "conexiones" entre los factores antes expuestos de modo que una intervención terapéutica efectiva, debe reconocer el origen de la sintomatología en cuanto al rol que desempeña cada uno de los miembros de la familia, de esta manera, el trabajo terapéutico se deberá encaminar a lograr la irrupción de las secuencias familiares triádicas y finalmente a promover su modificación.

C) La Dinámica Familiar Y Su Posible Relación Con El Niño Hiperquinético

El interés por el estudio del niño hiperquinético y su posible relación con la dinámica familiar, surge de la suposición de que tal patología puede verse influida por factores familiares que de alguna manera estimulan la aparición ó el incremento de algunos síntomas del niño hiperquinético. Tal suposición es apoyada en un estudio realizado por Uriarte (1989) en donde señala que existe una gran similitud de rasgos de conducta en las familias de niños hiperquinéticos, aún cuando varíe su condición social y su nivel de integración familiar.

Marshall, Longwell, Goldstein, y Swanson (1990) sugieren, que existen evidencias que demuestran una asociación directa entre los factores familiares y la expresión de conductas agresivas del niño hiperquinético. Patterson (1979) reportó también que los problemas familiares tienen una asociación directa con la sintomatología agresiva y antisocial del niño hiperquinético.

Por otra parte y en apoyo a este descubrimiento Stephen, (1992) estudió la relación entre los factores familiares y la psicopatología infantil, encontrando que los desórdenes familiares agresivos están en clara oposición al rendimiento académico infantil; finalmente, concluye que la agresión infantil está altamente correlacionada con la psicopatología familiar y/o el abuso de sustancias.

Brown y Pacini (1989) observaron que las familias de niños hiperquinéticos muestran una disminución de sus relaciones interpersonales y una marcada tendencia hacia la depresión; además, su percepción con respecto al ambiente familiar es el de una familia depresiva, de esta manera, las relaciones familiares son tan importantes para el pronóstico del niño hiperquinético, que deberán considerarse como parte central de la evaluación.

Un reporte de investigación por demás interesante, lo hacen Conrad e Insel, (1967) al estudiar la personalidad de los padres del niño hiperquinético, sugiriendo que cuando existe una alteración psicopatológica, como por ejemplo alcoholismo ó sociopatía en la familia, la respuesta del niño al tratamiento, será poco efectiva, a diferencia de cuando la interacción madre hijo es apropiada, en donde el resultado de la intervención terapéutica y la administración del fármaco es francamente superior.

Mussen y cols. (1974) abordaron a la agresividad del niño como una de las variables de la personalidad más estudiadas, esto debido a la importancia que adquiere esta conducta cuando es la manera de relacionarse. Refieren, que este rasgo puede verse influido por diversos factores, por ejemplo, las recompensas obtenidas a partir de las conductas agresivas y la presencia de modelos agresivos, muestran un incremento evidente en la manifestación de este comportamiento, "resulta a la vez inegable, que la cantidad y forma de agresión de un niño, dependen primordialmente de su experiencia social" (p. 423)

Kempe y cols. (1979) reportaron como hallazgo importante, la frecuencia con que el niño hiperquinético es rechazado por la escuela maternal en edades muy tempranas, lo anterior como consecuencia de que presenta una conducta muy agresiva, encontrando en su lenguaje la mayor expresión de agresión, "comportamiento que puede ser una imitación de las agresiones que han experimentado" (p.72)

Diversos estudios (Calderón, 1990; Kempe y cols. 1979; Uriarte, 1989 y Velasco, 1979), han demostrado que el niño hiperquinético presenta un grave impedimento para acatar instrucciones. Las actitudes de los padres suelen ser tan ambiguas y desconcertantes que representan una confrontación constante con las normas disciplinarias, de modo que los golpes, suelen ser muy frecuentes, en el entendido de que son el único correctivo para controlar las conductas inadecuadas de los niños.

De esta manera, el niño hiperquinético suele manifestar también el síndrome del niño maltratado, además de que muestra una notable incapacidad para reconocer sus propios sentimientos y más aún, para expresar los mismos; en general, reflejan una pobre autoestima, se exigen mucho a si mismos en lo que se refiere a hacer bien las cosas, pero muy poco en lo concerniente a agrandar a los demás ó bien a despertar un interés auténtico; a primera vista, estos niños pueden parecer estoicos, debido a la inexpressión de sus emociones, incluso a la manifestación del daño físico, tal pareciera, que la única atención que esperan recibir es de tipo negativo (Kempe, R. S. y cols. 1979).

"El niño puede tener un síntoma cualquiera dentro de una amplia variedad (...) pero sean cuales fueran sus dificultades, su conducta perturbada mantiene a los progenitores involucrados en un intento por ayudarlo y por cambiar su comportamiento (Madanes, 1984. p. 73)".

Como se puede observar, existen pocos trabajos en México que se hayan dedicado al conocimiento de la dinámica familiar del niño hiperquinético, por esta razón, se ha considerado importante un estudio que tenga como fin determinar si la dinámica familiar tiene alguna relación con el incremento o el decremento de algunas características conductuales tales como agresividad, ansiedad y conducta antisocial del niño hiperquinético.

METODOLOGIA

OBJETIVO:

La presente investigación tuvo como objetivo, identificar el tipo de dinámica que presenta el núcleo familiar del niño hiperquinético, además de establecer su probable relación con la manifestación de algunas conductas tales como: agresión, ansiedad y conducta antisocial.

Los objetivos específicos son:

- Identificar si existe una diferencia en el grado de cohesión y de adaptación entre las familias de los niños hiperquinéticos y las familias sin miembros hiperquinéticos.

- Establecer si existe relación entre algunos síntomas de la hiperquinesia y algunas características de la familia.

- Identificar las conductas más frecuentes del síndrome hiperquinético, a través de la aplicación del Cuestionario para Padres de niños hiperquinéticos.

Variables:

Variable Independiente.- La dinámica familiar, evaluada a través de la Escala de Percepción Familiar.

Variable Dependiente.- Las características conductuales del niño, que se evaluarán a través del Cuestionario para Padres de Niños Hiperquinéticos.

Hipótesis:

La dinámica familiar, específicamente el grado de Adaptación y de Cohesión, se relacionan con la aparición ó el incremento de algunas características conductuales, tales como agresividad, ansiedad y conducta antisocial del niño hiperquinético.

Sujetos:

Los sujetos que participaron en la presente investigación, fueron las madres de los niños de una escuela primaria y del Instituto de Salud Mental, cuya clase socioeconómica es media baja y baja, las edades de los niños fluctuaron entre 6 y 10 años.

Selección de la muestra

Los 30 sujetos que conformaron el grupo experimental, fueron seleccionados a través de un muestreo de cuota que estableció una clasificación de estratos de acuerdo a las siguientes variables: edad entre 6 y 10 años, y un diagnóstico previo de hiperquinesia basado en pruebas de laboratorio y gabinete. Estos datos fueron proporcionados por el departamento de Psiquiatría del Instituto de Salud Mental,

De esta manera, el grupo se estableció con cinco niños de 6 años, cinco con 7 años, diez con 8 años, cuatro con 9 años y finalmente seis niños con 10 años

Las características de los alumnos que conformaron la muestra inicial del grupo control (100 sujetos) fueron las siguientes: el profesor eligió al azar 20 niños de su grupo que no tuvieran ningún reporte de conducta durante el año lectivo y que además presentaran un promedio mínimo de 8.0, esto con el propósito de garantizar que no existieran problemas de atención. Finalmente, los 30 sujetos que pertenecieron al grupo control fueron extraídos de la lista de los 100 sujetos mediante una tabla de números al azar de una muestra de niños de 1o, 2o, 3o y 4o año de primaria de una

escuela pública oficial. De éste modo, tanto el grupo experimental, como el grupo control quedaron conformado por el mismo número de niños para cada una de las edades.

Materiales:

Instrumento para la evaluación de la Dinámica Familiar

La dinámica familiar se evaluó por medio de la aplicación de la Escala Evaluativa de la Percepción Familiar (FACES II), (Olson D.H; Bell R. y Portner J., 1979). (Ver apéndice 3.0)

La prueba consta de 30 reactivos tipo Likert y tiene como fin, contribuir al conocimiento de la dinámica familiar por medio de dos dimensiones: El de Cohesión y el de Adaptación.

Cada reactivo se calificó en cinco grados de intensidad: casi nunca, de vez en cuando, algunas veces, frecuentemente y casi siempre.

Las dimensiones de Cohesión y Adaptación se manejan en dos ejes que van desde: 1) Desarticulado-Amalgamado hasta 2) Caótico-Rígido. Se refieren, principalmente a cuatro niveles de cohesión familiar, el primero se denomina Rígido y se describe como un rango de baja cohesión, en otro extremo se considera al Caótico y se conoce como el rango de mayor cohesión; los rangos intermedios se etiquetan como Flexible y Estructurado.

Segun Olson y cols. (1979) las caracterfsticas de los valores para la dimensión de cohesión son:

1) Disgregada (baja).- Se refiere a la existencia de una gran independencia de los miembros de la familia, en donde los límites se encuentran abiertos al exterior del sistema y cerrados al interior del mismo; los límites generacionales son demasiado rígidos por lo que los amigos de los miembros de la familia son limitados, las coaliciones en la familia son demasiado débiles por lo que las decisiones son tomadas en forma individual, una carcterfstica por demás interesante de este tipo de familia es que puede observarse un claro alejamiento de todo lo que sean actividades recreativas.

2) Separada (baja o moderada).- En esta familia, se puede ver cierta independencia entre los miembros de la familia, ya que los límites se encuentran semi-abiertos al interior y al exterior del sistema, los límites generacionales son claros, de modo que la coalición matrimonial es claramente definida. Los miembros de la familia están dispuestos a estar solos sin que esto sea motivo de conflicto, se observa una tendencia a compartir experiencias tanto con amigos como con la familia misma, las decisiones familiares pueden ser determinadas de manera individual o en grupo y las actividades recreativas individuales suelen ser apoyadas de manera abierta.

3) Conectada (moderada-alta).- Bajo este rubro, puede considerarse a la familia cuyos miembros muestren una dependencia moderada entre si. Los límites generacionales se encuentran semi-abiertos al exterior y abiertos al interior del sistema mismo. La coalición marital

es firme, se fomenta el espacio familiar por lo que se minimiza el espacio privado, procuran tener amigos comunes aunque, cada uno tiene la libertad de elegir de manera individual a sus propios amigos. Las decisiones individuales se realizan tomando en cuenta a toda la familia. Las actividades recreativas pueden ser contempladas de manera individual o familiar.

4) Amalgamada (elevada).- En este apartado, debe considerarse a la familia que muestra una dependencia elevada entre sus propios miembros. Se observa claramente que los límites son demasiado ambiguos, de modo que se consideran cerrados al exterior del sistema. Los límites generacionales son confusos, reflejan coaliciones entre padres e hijos. Fomentan en gran medida el tiempo para estar juntos, de esta manera es poco permisivo (si no es que nulo), el tiempo para estar solos, los amigos individuales son poco frecuentes y las decisiones individuales se toman de manera familiar. Las actividades recreativas deben ser planeadas y compartidas por toda la familia.

Las características de los valores para la dimensión de adaptación son:

1) Caótica.- Básicamente se refiere a las familias que presentan un líder autoritario que ejerce su poder mediante un estilo pasivo-agresivo. Manifiestan una marcada rigidez en sus roles (estereotipados), esto los lleva al establecimiento de reglas que finalmente no les da la oportunidad de negociación interna de modo que cuando se pretende solucionar un conflicto familiar, es

fácilmente observable que cuentan con escasos recursos.

2) Flexible.- Este tipo de familia presenta un líder asertivo, tiende hacia el equilibrio, razón que facilita un cambio, puede observarse una continua negociación en base a que se ha establecido una disciplina democrática; cada uno de los miembros adopta su rol en el entendido que estos pueden ser variables y que algunas reglas pueden estar sujetas a modificación.

3) Estructurada.- Bajo esta situación, se observa a la familia cuyo líder es democrático y asertivo, de manera estructurada se realizan negociaciones que los lleven a resolver de manera óptima su problema, algunos roles pueden compartirse y sus reglas pocas veces cambian ya que la mayoría de ellas son explícitas mas que implícitas.

4) Rígida.- En esta dimensión deberá considerarse a la familia que presenten un líder autoritario de tipo pasivo-agresivo, se observa que es demasiado crítico y obsesivo, razón que no permite la negociación para una buena solución del problema, su rol es estereotipado e intransferible. Las reglas familiares son una imposición implícita.

Con base en el modelo anterior, se pueden obtener cuatro tipos de familias o parejas en el círculo central:

- a) Flexiblemente-Separada
- b) Flexiblemente- Conectada

- c) Estructuralmente-Separada
- d) Estructuralmente-Conectada

Estos cuatro tipos de familia representan el mejor funcionamiento del sistema familiar. De esta manera, este modelo es considerado como dinámico, en el sentido de que los cambios que puedan suscitarse en cualquiera de los miembros son afrontados de acuerdo a la situación o el tiempo en el que ocurra. La libertad de los miembros se reconoce en un contexto de socialización.

Por otra parte, bajo la perspectiva de parejas o sistemas en los extremos se pueden encontrar también cuatro tipos :

- a) Caóticamente-Desvinculada
- b) Caóticamente-Amalgamada
- c) Rígidamente-Desvinculada
- d) Rígidamente-Amalgamada

Estos últimos tipos de sistemas familiares son vistos como menos funcionales, en virtud de que presentan una dificultad en lo que a desarrollo individual y familiar se refiere, pueden considerarse así, a aquellas familias que presenten una gran rigidez interna en sus roles, de modo que la posibilidad de negociación es cada vez más difícil pues acostumbran resolver los problemas de forma individual, se puede observar también un incremento en la desvinculación de los miembros ya que pasan la mayor parte del tiempo separados física y emocionalmente. Estos tipos de familia se localizan en los extremos de la cohesión y la adaptabilidad (Ver apéndice 4.0).

Instrumento para la valoración del Síndrome del Niño Hiperquinético.

La Escala de Valoración Conductual dirigida a los padres de niños hiperquinéticos (Uriarte, 1989), consta de 32 reactivos tipo likert y tiene como fin la valoración conductual del niño hiperquinético a través de la información proporcionada por los padres (Ver apéndice 5.0).

Esta prueba contiene las conductas fundamentales del síndrome, son los padres quienes finalmente designan la magnitud del síntoma de su hijo.

Valora seis factores de agrupación: agresividad, ansiedad-inhibición, conducta antisocial, enuresis-encopresis, trastornos psicossomáticos e inmadurez-ansiedad. Proporciona además, la identificación del niño, como el principal problema de la familia y la valoración de su inteligencia (de acuerdo a la percepción familiar).

Cada reactivo se califica en tres grados de intensidad: ocasional ó nunca, frecuente y muy frecuente.

Diseño Experimental

De acuerdo a Kazdin (1980), se utilizó un diseño de dos grupos independientes. Además la variable dependiente (características conductuales del niño) se utilizó como un factor de agrupación para

determinar si existían diferencias entre las características del niño hiperquinético y el niño del grupo control a partir de las características de la familia.

Procedimiento:

El director de la escuela primaria oficial, concertó una cita con las madres de los niños previamente identificados al azar por el maestro, en grupos de 10 personas como máximo. El experimentador procedió a explicar a los padres, que la aplicación de las dos escalas tenía como fin, conocer las conductas infantiles.

La aplicación del Cuestionario para Padres de Niños Hiperquinéticos y la Escala de Percepción familiar, se realizó en un salón de clases y sin límite de tiempo.

En el caso de los niños hiperquinéticos, estos fueron referidos por el departamento Psiquiatría del Instituto de Salud Mental. De igual forma se procedió a citar en grupos de diez personas como máximo, durante cuatro meses, a las madres de los niños para la aplicación de la escala de Percepción Familiar y el Cuestionario para padres de niños hiperquinéticos. El experimentador procedió a explicar a los padres, que la aplicación de las dos escalas tenía como fin, conocer las conductas infantiles. La aplicación se realizó en la sala de juntas del departamento de psiquiatría y no hubo límite de tiempo.

En ambos grupos, se aplicó primero el Cuestionario para Padres de Niños Hiperquinéticos sin límite de tiempo, esto con el propósito de

controlar ciertas variables como la predisposición de los padres con respecto al conocimiento de sus hábitos familiares y a la función que desempeña el niño dentro de su dinámica familiar. Posteriormente, se aplicó la Escala de Percepción Familiar sin límite de tiempo.

Análisis de Resultados:

El primer paso en el análisis de resultados fue establecer las conductas más relevantes del síndrome hiperquinético; para esto, se recurrió a la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney dado que los datos obtenidos a través del Cuestionario para padres de niños hiperquinéticos se presentan en una escala ordinal, además, la comparación se efectuó entre dos grupos no pareados. Posteriormente, se recurrió a un análisis de frecuencias para determinar las diferencias en la distribución de las características familiares entre el grupo de niños hiperquinéticos y controles, en este sentido, se pretendió utilizar una χ^2 , pero se observó una falta de datos en algunas casillas de modo que no fue posible su aplicación. Adicionalmente, se utilizó la U de Mann Whitney para determinar si los diferentes tipos familiares afectaban de manera diferencial a niños hiperquinéticos y niños control. De esta manera se compararon los resultados arrojados por el Cuestionario para padres entre niños hiperquinéticos y niños control dependiendo del tipo familiar, por ejemplo, se comparó si la expresión de la conducta, "nervioso" entre niños hiperactivos y niños control de familias caóticas presentaba diferencias estadísticamente significativas.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en primer lugar mediante una gráfica de barras seguido por dos gráficas de pie. En la gráfica de barras, se observan diferencias claras en cuanto a algunas manifestaciones conductuales entre el grupo de niños hiperquinéticos y el grupo de niños control. En la Figura 1 se presentan solo las conductas que mostraron diferencias entre niños hiperquinéticos y control. Dichas diferencias tienen una $p < 0.01$.

De esta manera las conductas que presentan diferencias estadísticas entre ambos grupos son: nervioso, impulsivo, gritón, agresivo, intranquilo, mentiroso, latoso, desobediente, distraído, osado y en lo referente al lugar que ocupan en la familia., esto de acuerdo a la escala de Uriarte (1989).

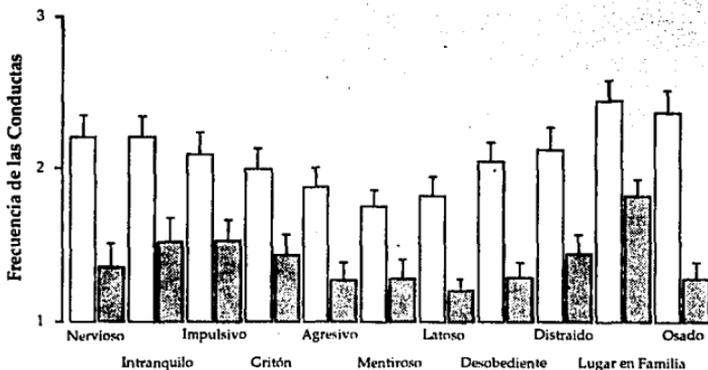


Fig 1. Se presentan los resultados de las respuestas al cuestionario para padres de niños hiperquinéticos. La magnitud de la barra representa la frecuencia reportada de la conducta. Las barras claras son de las respuestas de padres de niños hiperquinéticos, las barras oscuras son las de padres de niños controles.

Un dato interesante que se encontró fueron las diferencias en la distribución de las características familiares entre el grupo de niños controles e hiperquinéticos, lo cual se presenta en la figura número 2, en donde se puede observar que las familias de los niños control en lo que respecta a cohesión se clasificaron de la siguiente manera: 40.74% como separadas, 37.04% conectadas, 11.11% disgregadas y 11.11% amalgamadas. Sin embargo las familias con niños hiperquinéticos presentaron una distribución completamente diferente en lo que respecta a las características de cohesión, en donde se encontraron familias disgregadas en un 66.67% en un 15.15% se identificaron familias conectadas y en un 18.18 familias separadas, además, no se observó ningún caso de familias de tipo amalgamadas.

Distribución de Frecuencias para Cohesión

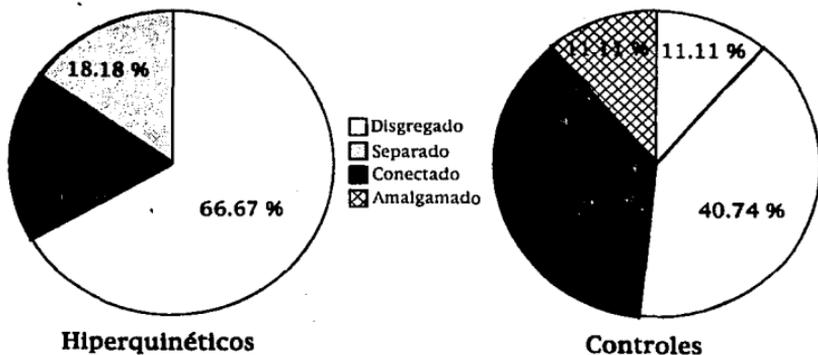


Fig 2. Se presenta la distribución de frecuencias del tipo familiar entre controles e hiperquinéticos. Para cohesión.

En la figura número 3, se observa que en el caso de la adaptación, las características familiares de los niños control, fueron de tipo funcional, es decir, las familias de tipo flexibles representaron un 44.44%, las familias estructuradas un 33.33% mientras que las familias rígidas solo representaron un 7.40% y las familias caóticas un 14.81%. En contraste las familias de los niños hiperquinéticos, presentaron en su mayoría características no funcionales. por ejemplo, un 39.39% reportaron adaptación de tipo rígido, un 30.30% de tipo caótico, un 24.24% de tipo estructurada y solo un 6.06% de tipo flexible.

Distribución de Frecuencias para Adaptación

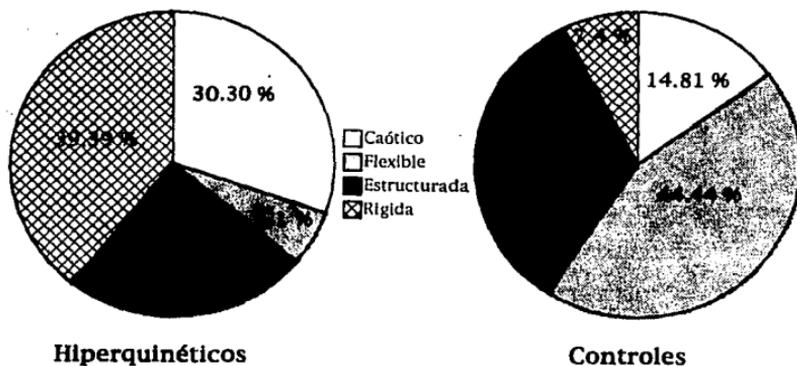


Fig 3. Se presenta la distribución de frecuencias del tipo familiar entre controles e hiperquinéticos. Para Adaptación.

Lo anterior muestra, que las características de la familia son diferentes entre niños hiperquinéticos y niños controles, pero aún así esto no nos aclara si la familia tiene un efecto sobre las conductas del niño hiperquinético, en todo caso lo sugiere, aunque también se puede pensar que el niño hiperquinético causa un efecto en la familia lo que provoca que ésta responda con una dinámica disfuncional.

Al tratar de hacer un análisis sobre las características disfuncionales de las familias de los niños hiperquinéticos y sobre su posible efecto sobre las conductas del niño, se hizo una división entre las más funcionales y las menos funcionales, esto debido a que todos los puntajes cayeron en los apartados de menor funcionalidad descritos por Olson y cols (1979), donde describe que cuando el puntaje cae dentro de la menor funcionalidad de las dos dimensiones, es decir tanto en cohesión como en adaptación esto puede considerarse como más disfuncional y si solo la cohesión ó la adaptación es disfuncional, entonces esto se considera como moderadamente funcional.

Cuando se hizo el análisis de datos, no se encontraron diferencias en ninguna de las conductas, en realidad todos los niños hiperquinéticos presentaron conductas semejantes independientemente del grado de funcionalidad de la familia; por lo tanto se puede decir que no existió una diferencia estadísticamente significativa, aún cuando a veces se observaron algunas pequeñas tendencias.

Posteriormente, se observó la distribución de las características conductuales entre los diferentes tipos de familias, se realizó una

separación de grupos de acuerdo a las características de adaptación en un primer caso y las de cohesión en un segundo caso, reportándose de la siguiente manera:

Adaptación

Las diferencias estadísticas que se muestran en el siguiente análisis, fueron obtenidas a través de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

Nervioso.- en lo que se refiere a esta característica, se pudo observar que en el grupo control se reporta esta conducta con baja frecuencia sin embargo, los niños más nerviosos del grupo control son los niños cuya familia tiene características flexibles, mientras que en el caso de los niños hiperquinéticos, la distribución del nerviosismo es totalmente contraria, siendo los niños de familias flexibles los menos nerviosos y los niños de familias estructuradas, caóticas, y rígidas los más nerviosos (Gráfica 1.1). Aquí se pueden observar diferencias estadísticamente significativas entre niños hiperquinéticos y control de familias caóticas ($p < 0.05$) y estructuradas ($p < 0.01$).

Impulsividad.- la distribución de la expresión de esta conducta dependiendo del tipo de familia es claramente diferente, (ver Gráfica 1.3). Además la conducta se expresa de manera diferente entre niños control e hiperquinéticos de familias de tipo caótico, con una $p < 0.05$.

Grita.- se observó que en general los niños hiperquinéticos son más gritones, no importando demasiado el tipo de familia que tengan.

aunque los niños hiperquinéticos pertenecientes a familias caóticas presentan diferencias estadísticamente significativas con sus homólogos control. En el caso de los controles, resulta muy significativo que los niños más gritones, son aquellos que pertenecen a familias del tipo rígido (Gráfica 1.4).

Agresividad.- esta es una característica que se presenta notablemente elevada en niños hiperquinéticos aunque la distribución no cambió con respecto a las características de la familia, en realidad son distribuciones muy semejantes. En este caso los niños hiperquinéticos y control de familias estructurada resultaron ser los que presentaron diferencias significativas ($p < 0.05$). (Gráfica 1.5)

Intranquilo.- aquí se puede observar que existe cierta variación en la distribución pues los hijos de familias flexibles y caóticas son más intranquilos que los hijos de familias estructuradas y rígidas mientras que en el niño hiperquinético las familias estructuradas y caóticas son las que presentan niños más intranquilos al igual que las familias rígidas, de tal manera que se observan diferencias estadísticas entre los niños de familias estructuradas ($p < 0.05$). Las familias flexibles parecen ser las que menos etiquetan a los niños como hiperquinéticos. (Gráfica 1.8)

Mentiroso.- en este caso, la distribución no presenta un gran cambio, excepto que se advierte un claro incremento en las familias de tipo flexible del grupo experimental, aún cuando las diferencias entre los grupos las presentan las familias de tipo caótico ($p < 0.01$) y las

estructuradas ($p < 0.05$). De esta manera se puede pensar que los hijos de familias flexibles son los más mentirosos, seguidos por aquellos que pertenecen a familias caóticas. (Gráfica 1.12)

Latoso.- en este caso, se observa que en general los niños hiperquinéticos son mucho más latosos que los niños del grupo control, sin embargo en el caso del grupo control, se observa que los hijos son más latosos si la familia es de tipo caótico ó flexible, a diferencia de cuando la familia es rígida, en este caso, los niños son poco latosos. Estas características de adaptación parecen afectar de manera importante a los niños controles pero no a los niños hiperquinéticos, estos últimos parecen no verse afectados por las características de la familia. Lo cual se corrobora al no observarse diferencias estadísticamente significativas. (Gráfica 1.13).

Desobedientes.- cuando la familia es caótica o rígida, los niños del grupo control no son desobedientes mientras que cuando la familia es flexible o estructurada parecen considerarse más desobedientes, en el caso de los niños hiperquinéticos, no existen diferencias entre las características de la familia, tal parece que todos son desobedientes independientemente del tipo de familia al que pertenezcan. Aún cuando las únicas familias que presentan diferencias con respecto al control son las de tipo caótico y estructurada. (Gráfica 1.14)

Distraído.- en el caso de los niños hiperquinéticos, parece que no importa el tipo de familia a la cual pertenezcan, todos son distraídos, pero los únicos que presentan diferencias estadísticamente significativas son los de familias estructuradas. En el caso de los niños

control, pareciera que si su familia es caótica o flexible, entonces los hijos serán más distraídos que los hijos de familias estructuradas o rígidas. (Gráfica 1.19)

Osado.- para esta conducta existe una clara diferencia en la distribución que muestra, que los niños hiperquinéticos son muy osados aunque se observa una disminución en los hijos de familias flexibles. De esta manera los más osados con respecto a los control son aquellos que pertenecen a familias caóticas ($p < 0.01$) y estructuradas ($p < 0.01$). En el caso del grupo control, los más osados son los hijos de familias flexibles. (Gráfica 1.24)

Lugar en la familia.- es importante mencionar que en el caso del grupo control, todos los niños de las familias rígidas caen en el lugar número uno que corresponde al hijo más problemático de la familia y todos los demás caen en una distribución normal. En el caso de los niños hiperquinéticos, todos tienen un lugar que va del dos al tres y se refiere a que es hijo único, o bien a que ocupa un lugar especial en la familia. (Gráfica 1.29)

COHESION:

En la dimensión de cohesión, cabe mencionar, que en el caso de los niños hiperquinéticos no se registró ningún puntaje en la categoría de familia amalgamada, todos los puntajes se distribuyeron entre disgregadas, separadas y conectadas.

Nervioso.- en el caso del grupo control entre más disgregada y separada esté la familia, más nerviosos son los niños. En el caso de los

niños hiperquinéticos, se observó que los niños más nerviosos son los que pertenecen a las familias separadas (diferentes con respecto al control $p < 0.05$), seguidos por los hijos de familias conectadas ($p < 0.05$). (Gráfica 2.1)

Impulsividad.- en el caso del grupo control los hijos de familias separadas son los más impulsivos mientras que en el caso de los niños hiperquinéticos no hay claras diferencias en la distribución aún cuando los que pertenecen a familias conectadas son los que presentan diferencias con respecto al control ($p < 0.05$). (Gráfica 2.3)

Grita.- en esta variable la distribución no muestra un cambio significativo.
(Gráfica 2.4)

Agresividad.- en este caso la familia que presenta diferencias estadísticas con respecto al control es la de tipo conectada ($p < 0.05$), aunque la expresión de esta conducta es relativamente alta en los tres tipos de familia. (Gráfica 2.5)

Intranquilidad.- en el grupo control pudo observarse que son más intranquilos entre más disgregada está la familia, si la familia es amalgamada, los niños son menos intranquilos. En el caso de los niños hiperquinéticos los más intranquilos son los hijos de familias separadas, le siguen disgregadas y finalmente conectadas. En este caso no se presentaron diferencias estadísticas entre ambos grupos, al separar por el tipo de familia. (Gráfica 2.8)

Miente.- aquí es muy importante mencionar que la distribución se invierte completamente al comparar al hiperquinético con el control, en donde para el control los más mentirosos son los hijos de familias disgregadas, mientras que en el caso de los niños hiperquinéticos los menos mentirosos son aquellos que pertenecen a familias disgregadas, y los de familias conectadas presentan diferencias estadísticas con los controles ($p < 0.01$). (Gráfica 2.12)

Latoso.- se observa que la distribución es semejante aunque los niños hiperquinéticos de familias conectadas son los únicos que presentan diferencias significativas ($p < 0.05$). (Gráfica 2.13)

Desobediente.- la distribución en este caso es completamente diferente, en donde dos tipos de familias como son las disgregadas y conectadas presentan diferencias estadísticas con respecto al control ($p < 0.05$ respectivamente). (Gráfica 2.14)

Distraído.- en esta variable, los niños del grupo control que resultaron ser más distraídos, fueron aquellos que pertenecen a familias disgregadas. En el caso de los niños hiperquinéticos, la distribución es muy homogénea aunque varía con respecto a los controles, siendo así los más distraídos con respecto al control los hijos pertenecientes a familias conectadas ($p < 0.05$). (Gráfica 2.19)

Osado.- aún cuando en esta variable la distribución es semejante en ambos grupos, es claro que los niños hiperquinéticos pertenecientes a familias de tipo separadas y conectadas presentan diferencias con

respecto al control ($p < 0.01$ respectivamente). (Gráfica 2.24)

Lugar en la familia.- en el grupo control, los niños de familias disgregadas ocupan un lugar entre el dos y el tres, lo cual significa que los padres los consideran como hijos únicos o bien como el hijo que ocupa un lugar especial en la familia. En el caso de los niños hiperquinéticos casi todos los puntajes están entre el dos y el tres en los tres tipos de familias lo cual refiere que son considerados como hijos que ocupan un lugar especial en la familia o como hijos únicos. (Gráfica 2.29)

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con base en el Cuestionario para padres de niños hiperquinéticos (Uriarte, 1989), se observó que los reactivos que mostraron un mayor incremento o que resultaron ser más discriminativos entre los niños hiperquinéticos y los niños del grupo control fueron los siguientes: nervioso, impulsivo, gritón, agresivo, intranquilo, mentiroso, latoso, desobediente, distraído, osado y el lugar que ocupa en la familia, lo cual indica que en esta investigación, estos fueron los reactivos más importantes para identificar al niño hiperquinético. Estos resultados de alguna manera se esperaban en el sentido de que los niños hiperquinéticos presentan algunas conductas características del síndrome que evidentemente son diferentes del grupo control; sin embargo, cabe mencionar que de acuerdo a la bibliografía revisada (Brown y col. 1989, Golden y col. 1981, Mussen y cols. 1974 y Rapin, 1987), se esperaba encontrar además de las características anteriores, otras manifestaciones del niño hiperquinético como por ejemplo: dificultades para aprender, destructividad, egoísmo y dificultades para la expresión de ideas (Uriarte, 1989); sin embargo, esto no ocurrió debido probablemente a la manera en que fueron evaluadas tales conductas, dicho de otra manera, se piensa que los reactivos no fueron lo suficientemente discriminativos ya que la escala solo incluye tres opciones para evaluar la conducta del niño.

Haciendo una comparación con estudios anteriores (Conrad y cols., 1967, Erhardt y cols. 1990, Garcia y col. 1989 y Ledingham y cols., 1984), se puede decir que los resultados obtenidos coinciden con lo reportado por estos autores en lo que respecta a la

manifestación de algunas conductas tales como nerviosismo, impulsividad, agresividad y desobediencia del niño hiperquinético, sin embargo, en otras conductas como por ejemplo, dificultad para aprender, destructivo, descuidado, egoista y dificultades para la expresión, no se observaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de niños hiperquinéticos.

En lo que se refiere al posible efecto de las características de la familia sobre el niño hiperquinético, se observó que las familias flexibles, en general, son las que reportan como menos problemático al niño, incluso, como se puede observar en la gráfica 1.1, los niños pertenecientes al grupo control, mostraron un mayor grado de nerviosismo que aquellos pertenecientes al grupo de niños hiperquinéticos, lo cual puede estar hablando de que esta característica no es considerada como problemática en las familias de tipo flexible. Lo anterior se observa también en el hecho de que en las conductas más sobresalientes del niño hiperquinético, no se presentaron diferencias significativas entre ambos grupos (control e hiperquinéticos) cuando se compararon las respuestas de estos tipos de familias.

Retomando la investigación de Marshall y cols. (1990) en donde se afirma que existen evidencias con respecto a que los factores familiares y la expresión de conductas antisociales del niño hiperquinético están estrechamente vinculados, y con base en los datos obtenidos en la presente investigación, se puede suponer que debido a que las familias de tipo flexible presentan algunas características especiales, como por ejemplo, un líder que busca constantemente un equilibrio, que no establece reglas que deban

permanecer inmodificables y que propicia una continua negociación, entonces, éstas características tendrán una repercusión directa en beneficio del niño hiperquinético, en el entendido de que cuando sucedan eventos que pudieran representar un problema, se toman medidas que involucran a toda la familia, lo que a la vez los obliga a concertar, siempre con el fin de lograr un beneficio de grupo, que incluye por supuesto, a la problemática del niño hiperquinético. Por tales resultados, se puede decir entonces, que el niño hiperquinético requiere las características familiares de tipo flexible para canalizar de manera apropiada los problemas que suscita este síndrome.

Por otro lado, se observó que las familias estructuradas y rígidas dado que presentan poca capacidad para modificar la estructura del sistema y no permiten que los cambios surjan como producto del desarrollo del niño hiperquinético, entonces, tales cambios no son considerados para una modificación de la dinámica familiar. Cuando el sistema familiar es caótico, el establecimiento de reglas no permite ningún cambio de la familia ante las conductas del niño hiperquinético, estos tipos de familia pretenden seguir funcionando mediante un modelo de imposición agresivo.

En lo concerniente al grado de cohesión, se observó que en las familias separadas, algunas conductas de los niños hiperquinéticos como por ejemplo: nervioso, intranquilo, osado y egoísta, presentaron un incremento en comparación con los otros tipos de familias, sin embargo, no se puede decir que algún tipo de familia en especial incremente o decremente algún tipo de conducta ya que éstas en general, son consideradas como características de los niños hiperquinéticos.

Un dato por demás interesante fue que en el grupo de niños hiperquinéticos, no existió ningún caso que se caracterizara como una familia amalgamada, lo cual puede ser un indicador de que las características propias del síndrome del niño hiperquinético no permiten el establecimiento de una gran dependencia entre los miembros, no existe tampoco un ambiente poco permisivo, de esta forma, se niega la posibilidad de que las decisiones individuales se tomen en grupo .

Considerando la escuela estructural sistémica propuesta por Minuchin (1979), y si se consideran a las conductas del niño hiperquinético como los síntomas del paciente identificado, entonces se puede decir que tales conductas se convierten en el principal punto de stress familiar y como afirma Madanes, (1984) en un intento por ayudar al niño hiperquinético, los padres recurren a involucrarse en una dinámica familiar que redunde en beneficio común. En el presente estudio no se detectaron los elementos suficientes como para suponer que la familia tiene una influencia sobre la manifestación de conductas problema del niño hiperquinético, tampoco puede decirse que es el niño quién determina la dinámica familiar, sin embargo, esto puede carecer de importancia ya que desde el enfoque estructural sistémico se considera a la familia como un sistema en donde existe una correspondencia directa entre las acciones de todos los miembros de la familia; por lo tanto, los resultados de esta investigación parecen indicar que las familias flexibles juegan un papel sumamente importante que beneficia a los niños hiperquinéticos, de esta

manera, en un sentido de intervención terapéutica y de acuerdo con Weiss (1992), se coincide en que este síndrome deberá manejarse de manera integral dentro de un contexto de participación cuyo primer objetivo, será fortalecer el modelo de funcionamiento familiar del niño hiperquinético, esto con el fin de propiciar las características correspondientes a una familia flexible y permitir un gran avance en las denominadas conductas problema del niño hiperquinético.

Con respecto a los instrumentos, se observó que es necesario que se realice un estudio piloto previo a la aplicación de ambas escalas, esto con el fin de corroborar el entendimiento por parte de los padres de los reactivos y sus posibles respuestas.

En lo que se refiere a la evaluación de las escalas, en el caso de la Percepción Familiar, la calificación se obtuvo de manera relativamente sencilla y su tratamiento estadístico otro tanto, sin embargo, en el caso del Cuestionario para Padres, la calificación se realizó de manera rápida pero su tratamiento estadístico se dificultó porque la respuesta para cada uno de los reactivos, solo contiene tres grados de intensidad, además no contiene criterios de agrupación por lo que se debe hacer un análisis de cada uno de los reactivos con el fin de encontrar aquellos que puedan resultar importantes.

En la experiencia del entrevistador, el Cuestionario para Padres debería ofrecer una respuesta con cinco grados de intensidad, que permitiera evaluar con mayor sensibilidad la conducta, se observó que los padres insistían en explicar que tal conducta de su hijo se presentaba solo de vez en cuando o bien con regular frecuencia pero

sin llegar a siempre. En lo que respecta a la calidad de los reactivos, se observó que los padres, en su mayoría requerían de una mayor explicación por parte del entrevistador con respecto a las conductas contenidas en este cuestionario, lo cual pudo haber sido una variable que afectó las respuestas de los padres.

Por lo anterior, se puede decir que aún cuando no se ha encontrado que la adaptación y la cohesión por sí mismas estén provocando que algunas de las conductas del niño hiperquinético se exacerben, al comparar el grupo de los niños hiperquinéticos con los controles, se puede observar que la distribución es muy diferente, lo cual indica que el niño hiperquinético probablemente responde de manera distinta ante las características de la familia, de modo que se recomienda que se estimule a futuros investigadores para que desarrollen modelos de intervención dirigidos a la familia y al mismo niño hiperquinético.

Como las principales limitaciones del estudio se consideran los siguientes puntos:

En primer lugar la duración de las aplicaciones, esto se refiere básicamente a que se emplearon seis meses para establecer el contacto entre la familia del niño hiperquinético y el investigador.

En segundo lugar, una variable que no se consideró, fue el tiempo de tratamiento previo a la aplicación de las escalas.

Se sugiere que la valoración de las conductas problema del niño hiperquinético se realicen por medio de registros observacionales en la casa, la escuela y en el consultorio, de esta manera se pretende controlar que en la valoración conductual de tales conductas intervenga el carácter subjetivo de la familia.

Finalmente, se recomienda para futuros estudios, que el investigador participe en el diagnóstico del niño hiperquinético, es decir, además de identificar un correcto estudio de laboratorio y gabinete, que sea preferentemente el propio investigador quien aplique los test psicológicos, esto con la finalidad de asegurarse que todos los pacientes que lleguen a él, hayan pasado por el mismo proceso de diagnóstico de hiperquinesia.

Bibliografía

1. Ackerman, A. y Andolfi, M., (1990) **"La creación del sistema terapéutico: la escuela de terapia familiar de Roma"** México: Paidós.
2. Aman, M.G. & Sprage, R.L. (1974) "The state-dependent effects of methylphenidate and dextroamphetamine" **Journal of Nervous and Mental Disease**, 158: 268-279.
3. American Psychiatric Association (1989) **"DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales"** Barcelona: Masson.
4. Arnold, L., (1973) "The art of medicating hyperkinetic children", **Clin. Pediat.**,12: 135-141.
5. Ayllon, T., Layman, D. & Kandel, H.J. (1975). "A behavioral educational alternative to drug, control of hiperactive children", **Journal of applied behavioral analysis**, 8: 146-173.
6. Bradley, C. (1937) "The behavior of children receiving benzedrine" **American Journal of Psychiatry**, 94: 577-585.
7. Braverman, S.R. (1986) **"Tipología familiar relacionada con aspectos psico-socio-pedagógicos"** Tesis. Facultad de Psicología.

8. Berenstein, Y. (1978) **"Familia y enfermedad mental"**
Argentina: Paidós
9. Brown R.T.y Pacini J.N. (1989) "Perceived family functioning, marital status and depression in parents of boys with attention deficits disorder", **American Journal of Psychiatry**, 22: 581-587.
10. Calderon, G.R. (1990) **"El niño con disfuncion cerebral"**
México: Limusa.
11. Conrad, W. and Insel, J. (1967) "Anticipating the response to amphetamine therapy in the treatment of hiperkinetic children", **Pediatrics**, 40: 96-99.
12. Chagoya, L.(1991) **"Dinámica Familiar y Patología"**
Breviarios de Pediatría, México.
13. Denson, R., Mc. Watters., & Nanson, J.C. (1975) "Hyperkinesis and maternal smoking", **American Psychi Assoc.**, 20: 183.
14. Ellis, A. (1980) **"Razón y emoción en psicoterapia"** Bilbao:
Desdee de Brower.
15. Erhardt, D. and Baker, B. L. (1990) "The effects of behavioral parent training on families with young hiperactive children", **Journal of Behavior**, 21: 121-132.

16. Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, Y., Taracena, E. y Padilla, F. (1980) "**Modificación de conducta en la educación especial. Diagnostico y programas**" México: Trillas.
17. Garcia, C.D., Alcantara, H.M. (1989) "**Aportaciones de la aproximación cognitivo conductual al tratamiento de la hiperactividad en niños**" Tesis. Facultad de Psicología.
18. Gittelman, R. (1978) "Spectrum of action of psychostimulants and neuroleptics in childhood psychopharmacology" **Advances and Biological Psychiat.** 2: 23-36.
19. Golden Ch, Anderson S. (1981) "**Problemas de aprendizaje y disfunción cerebral**" Buenos Aires: Paidós.
20. Haley, J., Hoffman, L. (1984) "**Técnicas de terapia familiar**" Argentina: Amorrortu.
21. Hinshaw, S.P., Morrison, D.C., Carte, E.T. & Cornsweet, C. (1987) "Factorial dimensions of the revised behavior problems checklist" **Journal of abnormal child psychology**, 15: 309-327.
22. Hoffman, L. (1992) "**Fundamentos de la Terapia Familiar**". México: Fondo de cultura económica
23. Kandel, E.R, Schwartz, J. H, Jessell T.M. (1991) "**Principles of Neural Science**" New York: Elsevier Science Publishers B.V.

24. Kazdín, A.A. (1980) **"Research design in clinical psychology"** New York: George A. Middendorf
25. Kempe R.S. y Kempe C.H. (1979) **"Niños maltratados"**, Madrid: Morata.
26. Knopf, I. J. (1979) **"Childhood psychopathology"** New Jersey: Prentice Hall.
27. Lazarus, S. (1980) **"Terapia conductual"** México: Paidós.
28. Ledingham, J.E. & Schwartzman, A.E. (1984) "A 3 years follow-up of aggressive and withdrawn behavior in childhood: preliminary finding" **Journal of abnormal child psychology**, 12: 157-168.
29. Lou, H.C., Heriksen, C. & Bruhn, P. (1984) "Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder" **Arch. Neurol.** 41: 825.
30. Madanes, C. (1984) **"Terapia familiar estratégica"**. Argentina: Amorrortu.
31. Mahoney, M. (1974) **"Cognition and behavior modification"** Cambridge Mass: Ballinger Publishing.
32. Marshall V, Longwell L, Goldstein M y Swanson J. (1990) Family factors associated with aggressive symptomatology in boys with attention deficit hyperactivity disorder: a research note.

Journal Child Psychol. 4: 629-636.

33. Meichenbaum D, Cameron R. (1974) "The clinical potential of modifying what clients say to themselves. In M. J. Mahoney and C.E. Thoreses (eds.), **Self- Control: Power to the person.** Philadelphia: Brooks/Cole.
34. Minuchin, S. y Fishman, H. CH. (1979) "**Técnicas de terapia Familiar**". México: Paidós.
35. Minuchin, S. (1990) "**Familias y terapia familiar**". México: Gedisa.
36. Mussen P.H, Conger J.J, Kagan J. (1974) "**Desarrollo de la personalidad del niño**" México: Trillas.
37. Ney. P.G. (1974) "Four types of hiperquinesis", **Canadian Psychiatric Asociation Journal**, 19: 543-550, 1974.
38. Nissen, G. (1991) "**Trastornos psíquicos en la infancia y juventud**", Compendio de psiquiatria infantil y juvenil. Barcelona: Herder.
39. Norton, S. (1980) "Psychoactive drugs and the organization of behavior" **Psychopharmacological bulletin**, 16: 75-76.
40. Olson H.D., Bell R, Portner J. (1979) "Faces II" , **Family social science.** Minessota, st. Paul Minessota.

41. Olson H.D., Sprenkle, D.H., Russell, C.S., (1979) "Circumplex model of marital and family systems I: cohesión and adaptability dimensions, family types and clinical applications". **Family process**. 18: 3-28.
42. Orozco, G.C. (1990) "**La terapia familiar sistémica en el abordaje de niños con problemas escolares**". Tesis. Universidad Pedagógica Nacional.
43. Padilla R.M. (1994) "**Comparación de la cohesión y adaptabilidad según Faces II entre familias con y sin paciente psiquiátrico**". Tesis. Facultad de Psicología.
44. Patterson G. (1979) "Childhood hyperkinesis: relationship between symptomatology and home environment". **Journal of Pediatric Psychology**. 24: 409-414.
45. Rapin, I. (1987) "**Disfunción cerebral en la infancia**". Barcelona: Martínez Roca.
46. Rapoport J, Buchsbaum, Weingetner H. (1980) "Dextroamphetamine: congenitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal adults males" **Psychopharmacological Bull.** 1: 21-23.
47. Ribes, I.E. (1976) "**Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo**". Mexico: Trillas.

48. **Rodriguez, F.A. (1994) "La narrativa de Michael White como alternativa de intervención institucional para niños con enuresis funcional" Tesina. Facultad de Psicología.**
49. **Ross D.M, Ross S.A (1976) "Hyperactivity: research, theory and action" New York: Jhon Wiley and Sons..**
50. **Selvini, M. (1985) "El mago sin magia: como cambiar la situación paradógica del psicólogo en la escuela" Buenos Aires: Paidos.**
51. **Simon F, Stierlin H, Wynne L (1988) "Vocabulario de Terapia Familiar" Barcelona: Gedisa.**
52. **Uriarte, V. (1989) "Hiperquinesia" México: Trillas.**
53. **Velasco, F.R. (1979) "El niño Hiperquinético" México: Trillas.**
54. **Velasco, F.R. (1987) "Conceptos basicos sobre hiperquinesia infantil" citado en Daño cerebral. Diagnóstico y tratamiento. Harmony,T. y Alcaraz, V.M., Mexico:Trillas.**
55. **Von Bertalanffy, L. (1976) "Teoria general de los sistemas". México: Fondo de cultura económica.**
56. **Watzlawick P, (1974) "Teoria de la comunicación humana" México: Tiempo Contemporaneo.**

57. Weiss M, (1992) "Psychoeducational intervention with the family, school, and child attention- deficit hyperactivity disorder. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**. Philadelphia : W. B. Saunders Company (eds.). 2: 467-480.
58. Werry J,S (1988) "Diferential diagnosis of attention deficit and conductuals disorders. In Bloomingdale L. M. Sergeant (eds.): **Criteria, Cognition, Intervention**. Oxford: Pergamon.

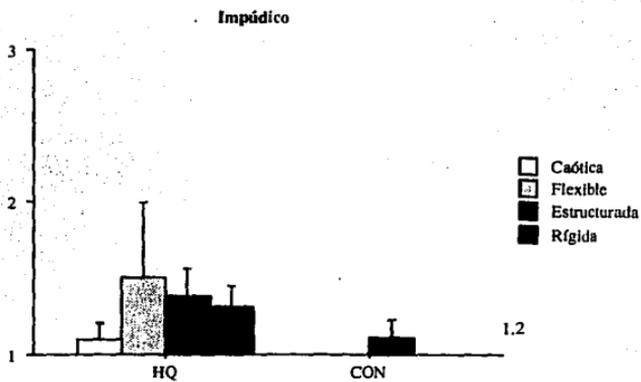
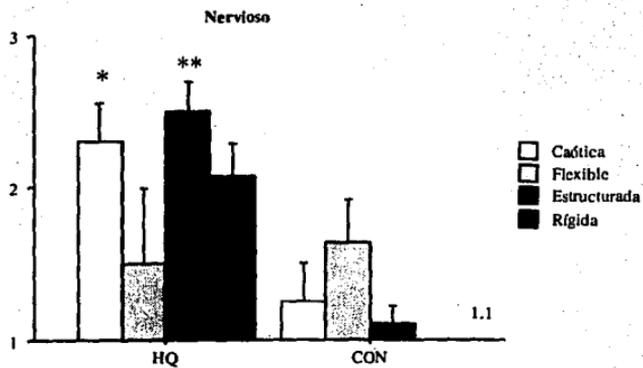
TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

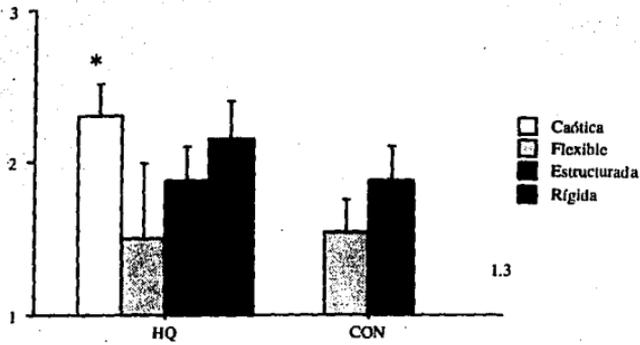
Apéndices

Apéndice 1

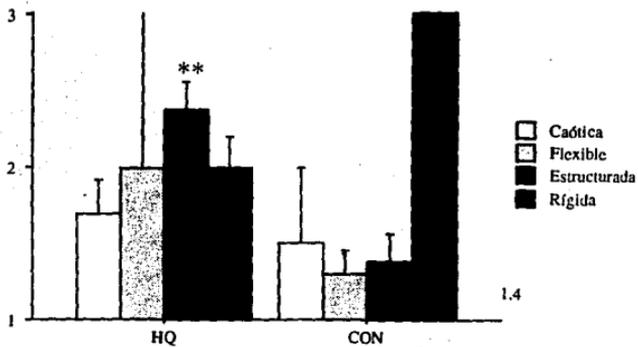
Adaptación



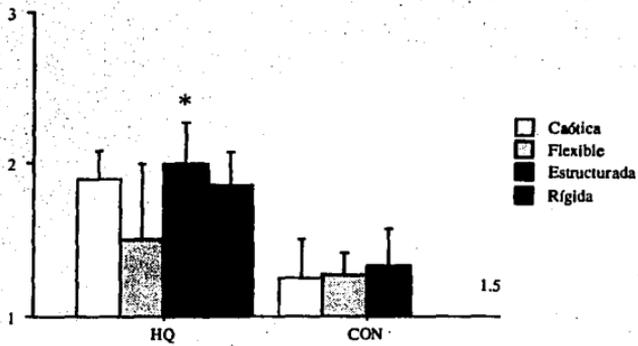
Impulsivo



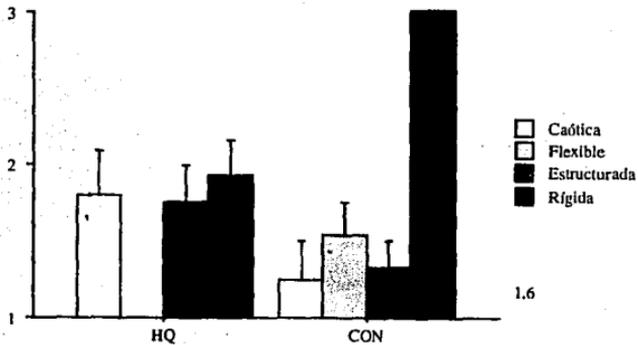
Grita



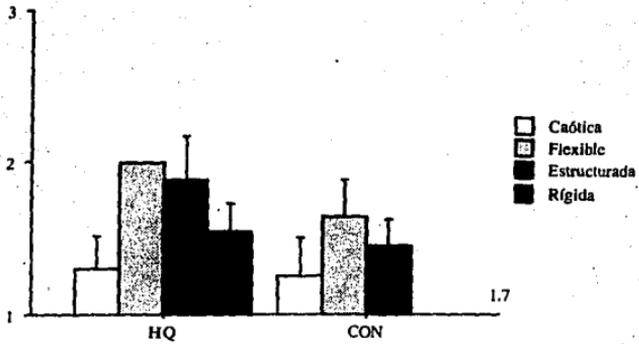
Agresividad



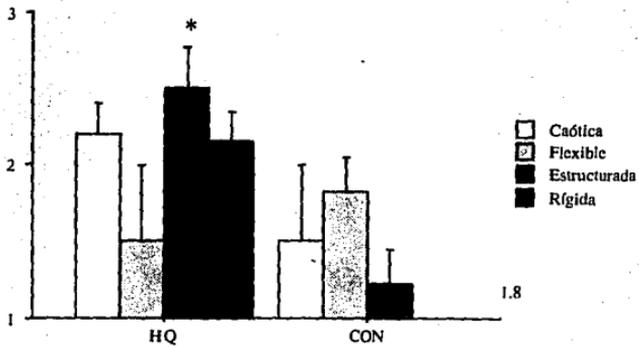
Dificultad para Aprender



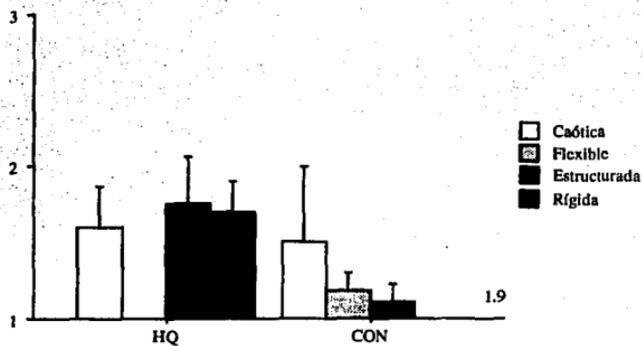
Miedo



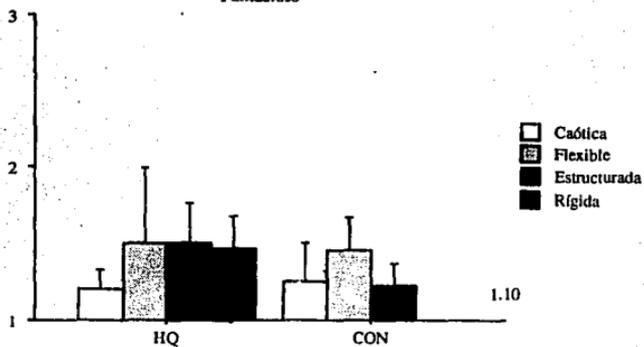
Intranquilo

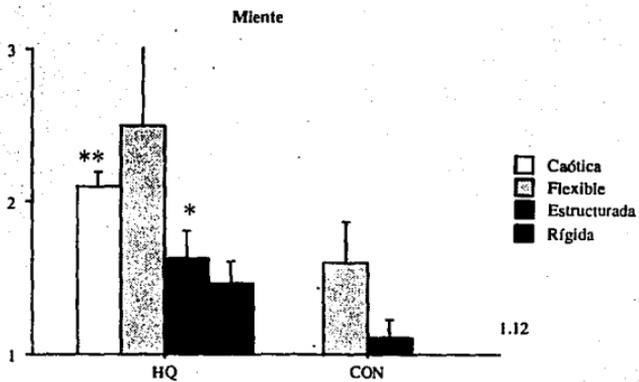
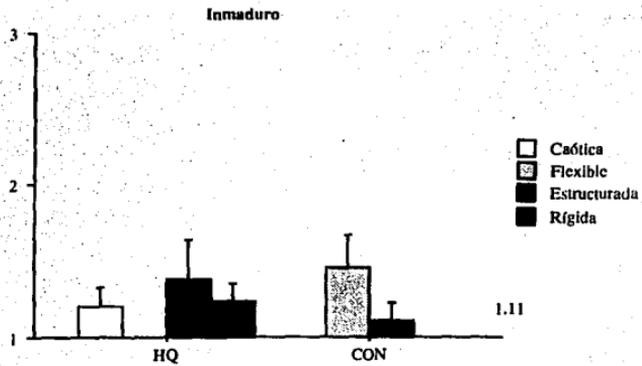


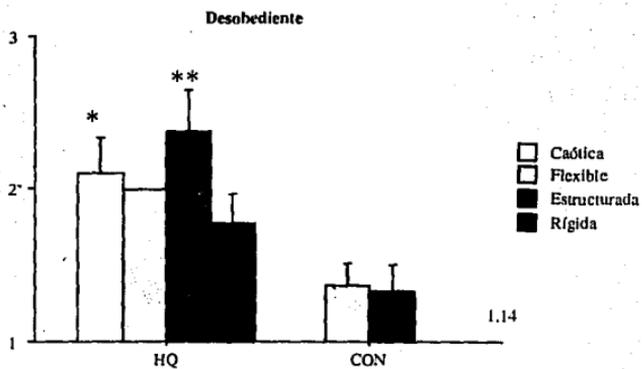
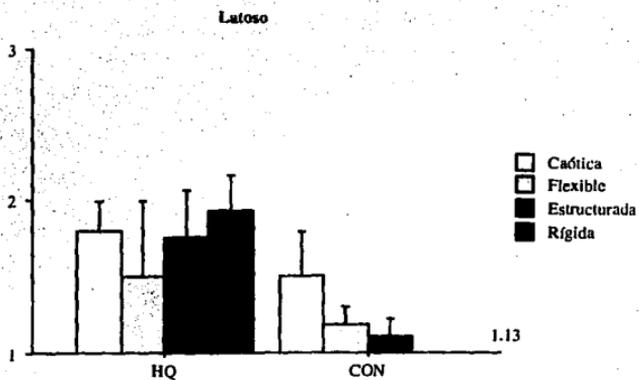
Destructivo

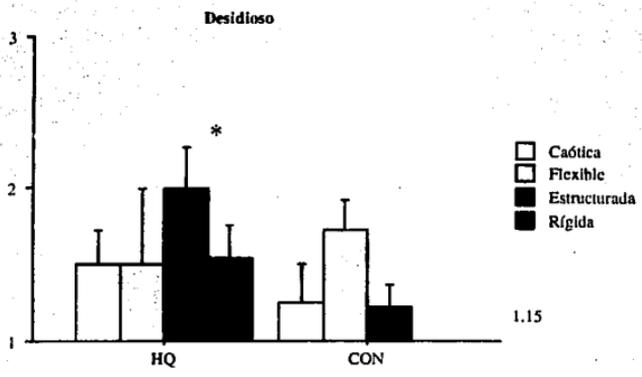


Fantasiioso

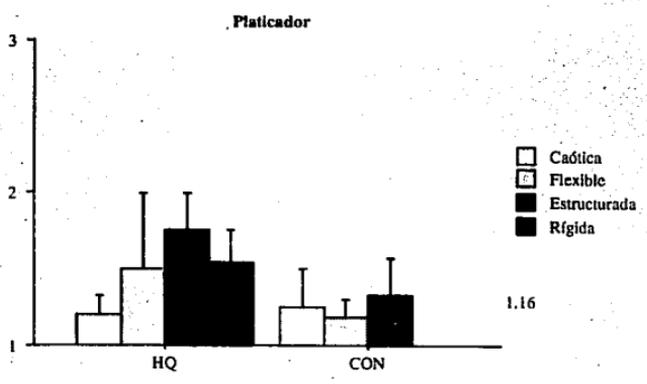




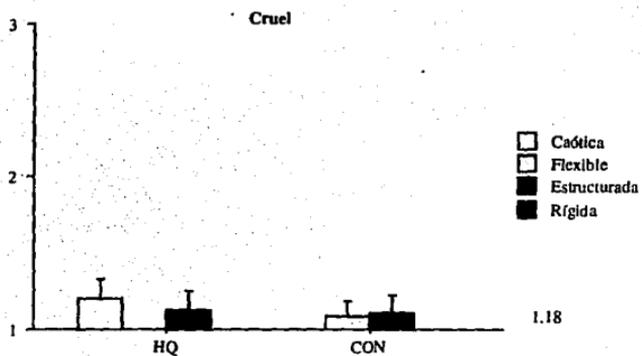
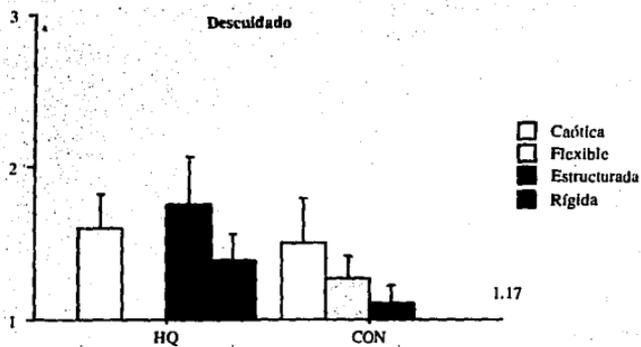


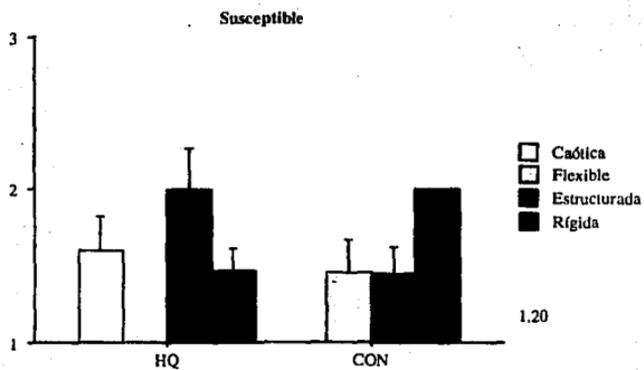
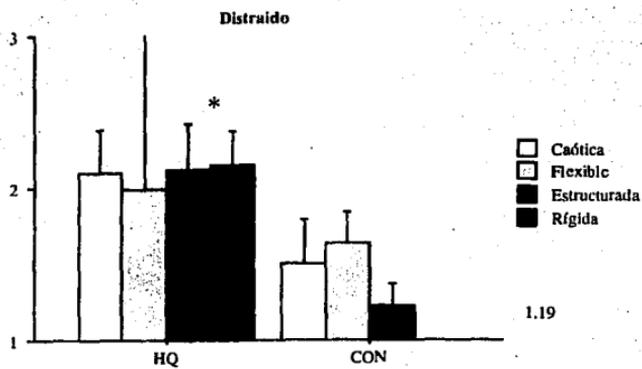


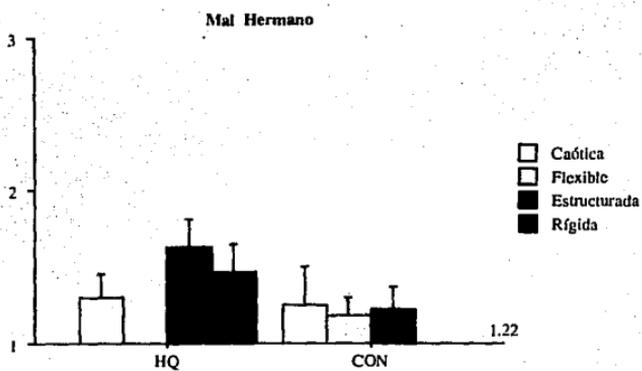
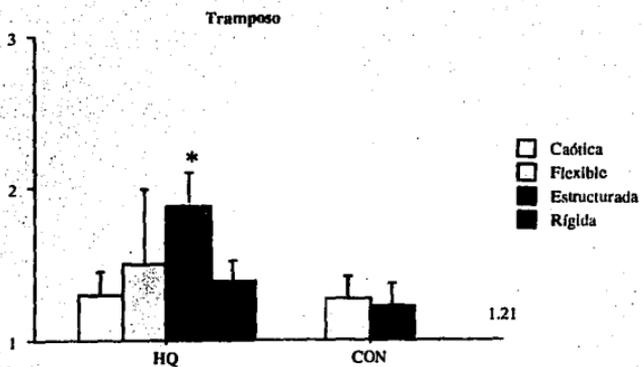
1.15

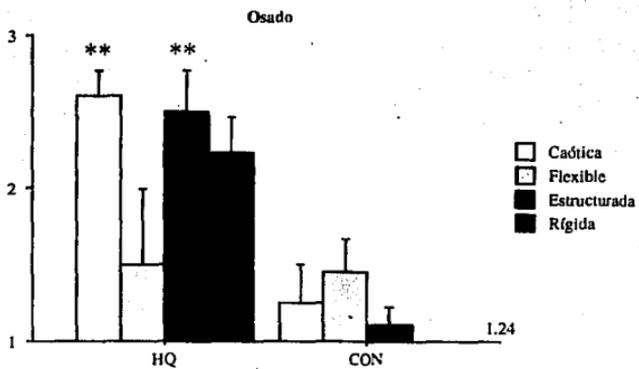
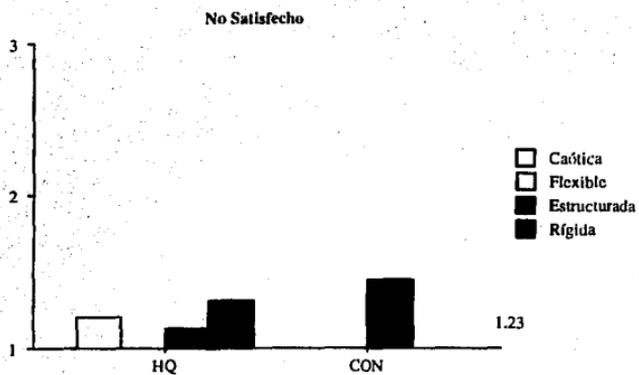


1.16

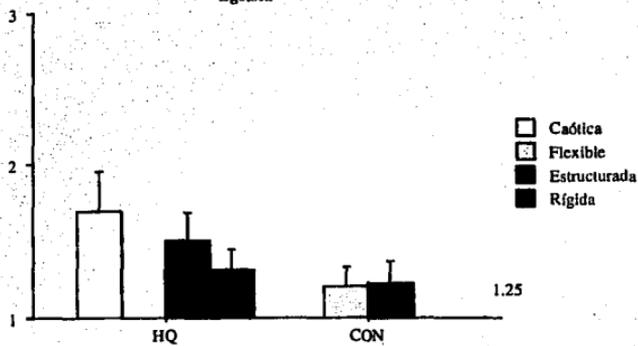




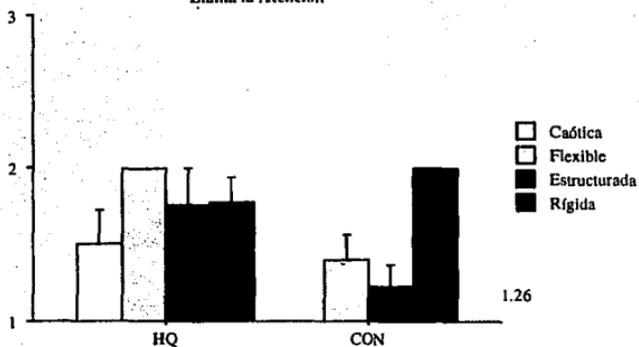


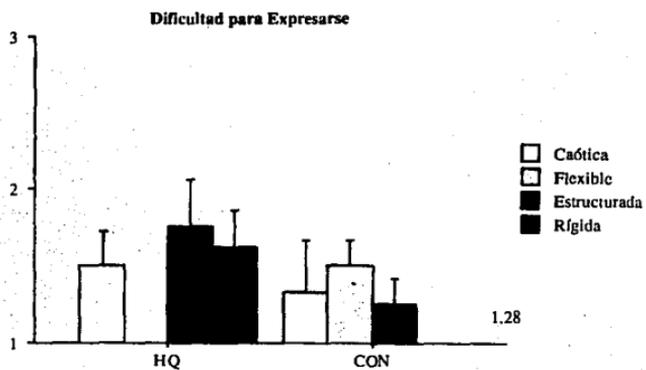
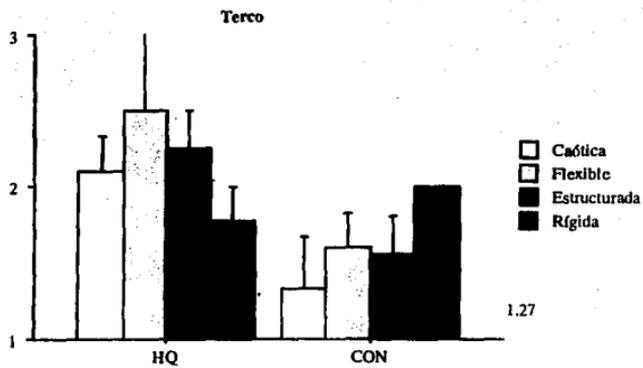


Egoista

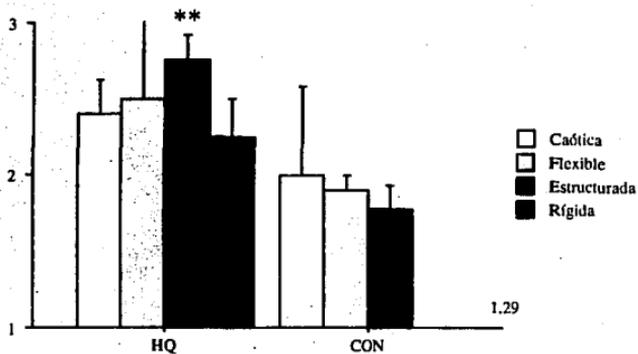


Llama la Atención

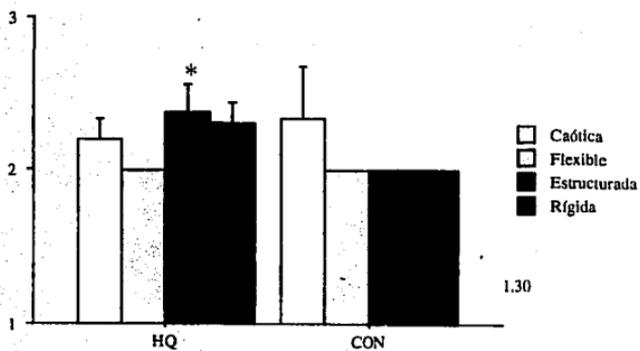




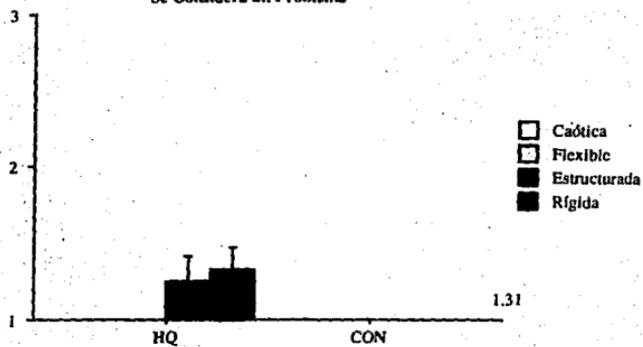
Lugar en la Familia



Inteligencia

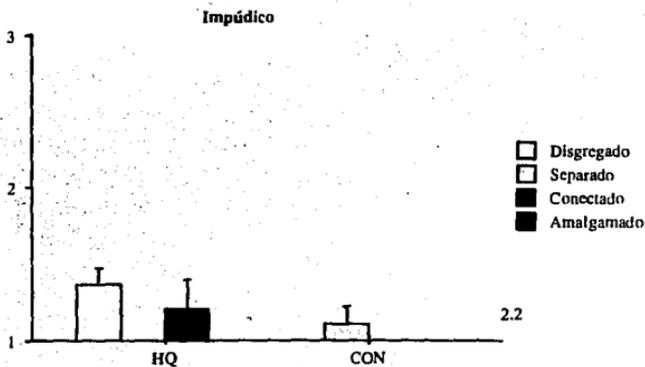
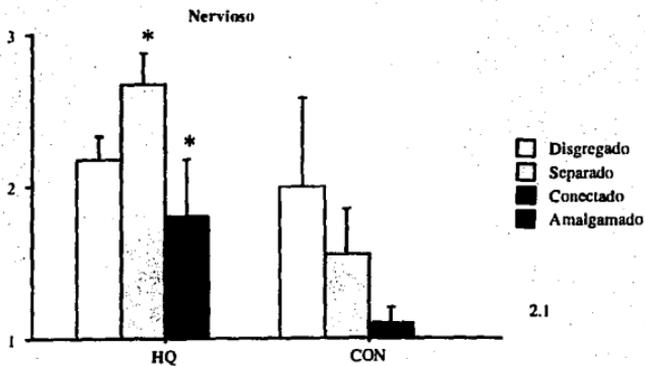


Se Considera un Problema

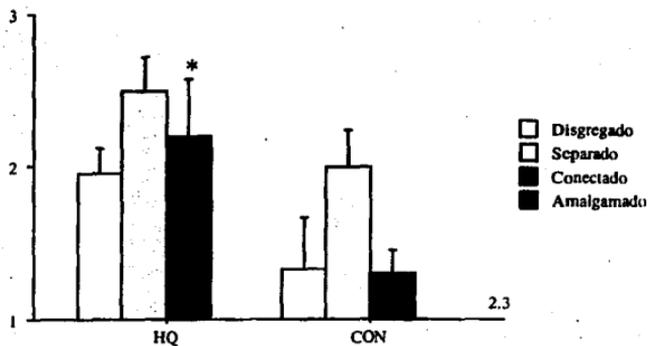


Apéndice 2

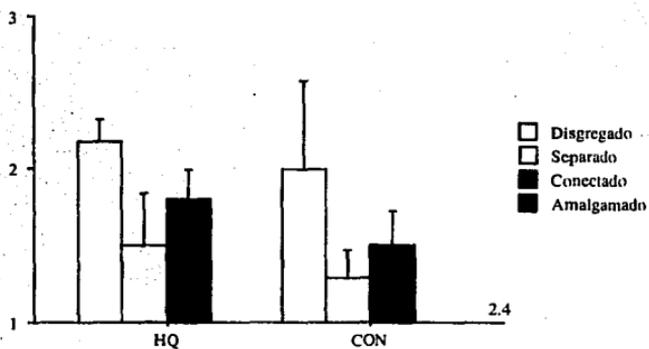
Cohesión

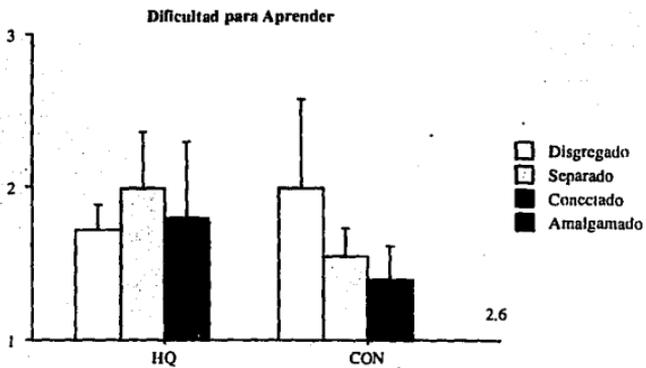
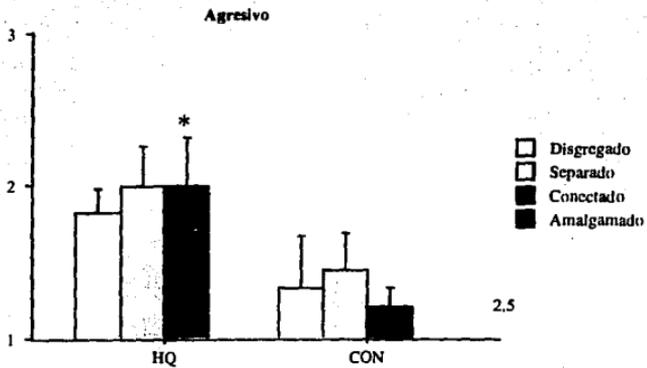


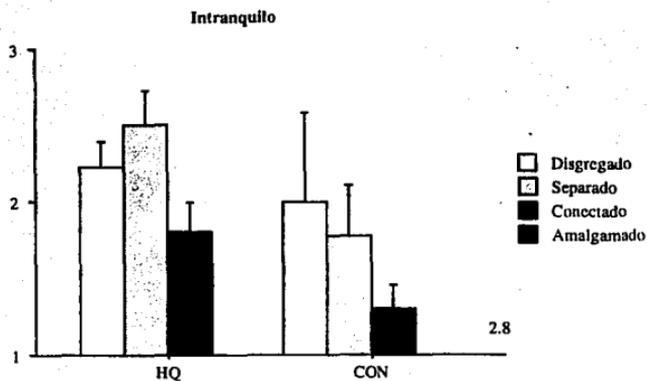
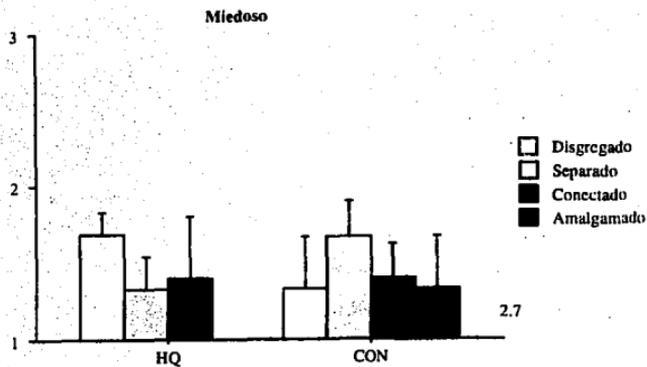
Impulsividad

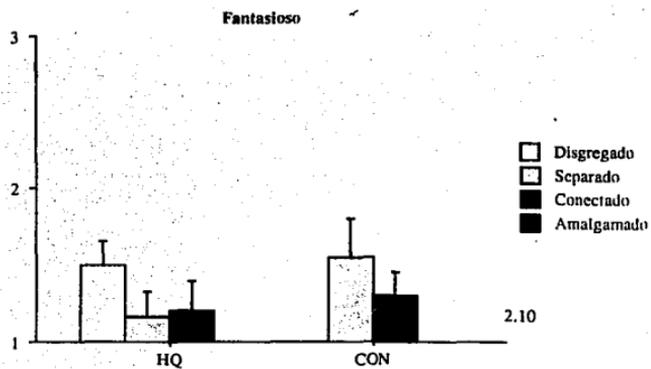
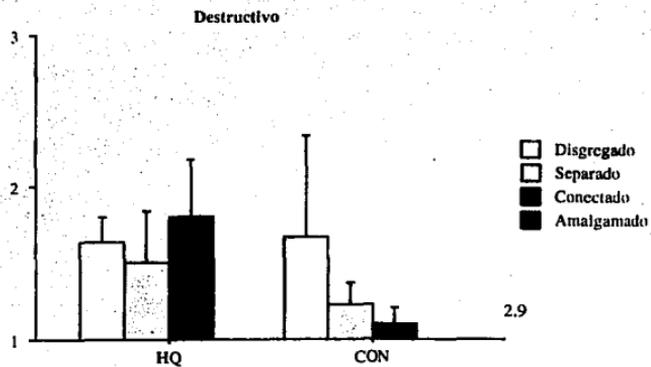


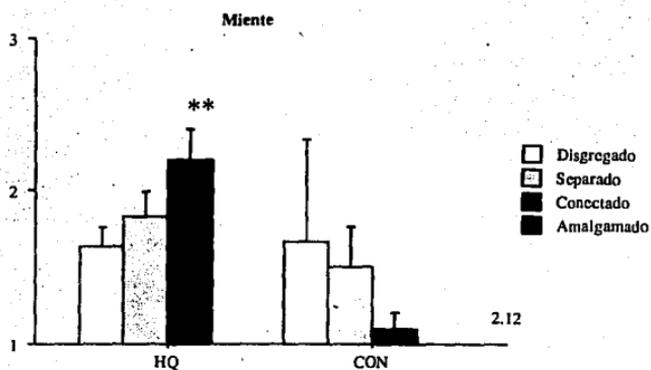
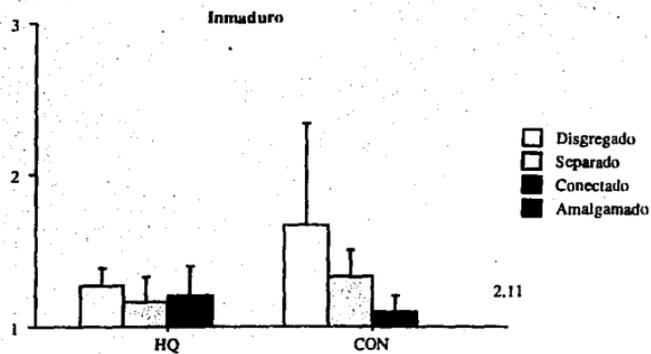
Grita



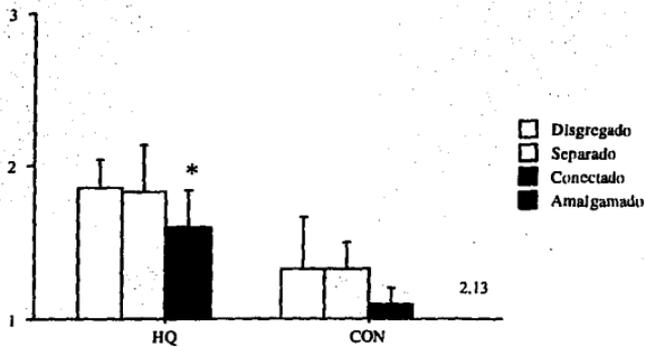




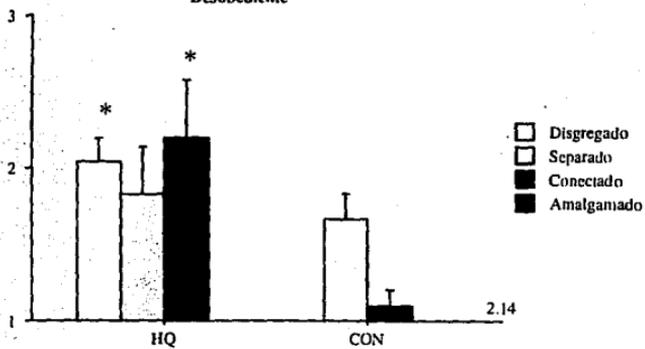


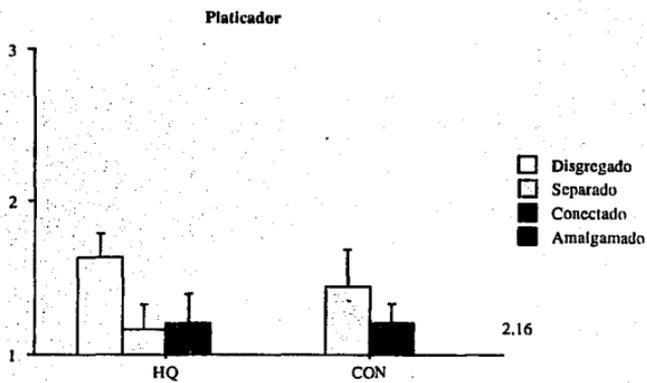
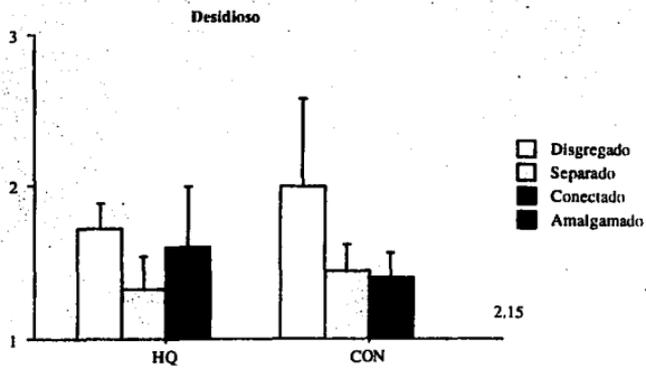


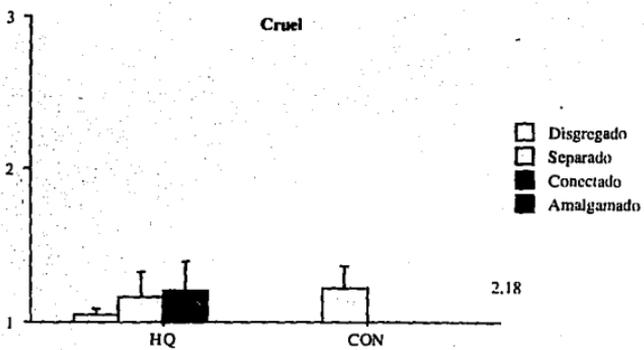
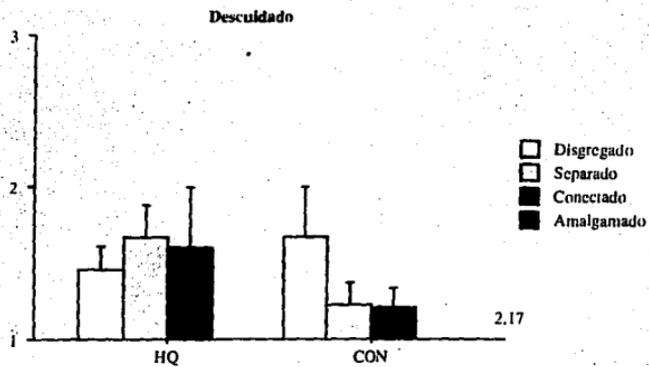
Lutoso



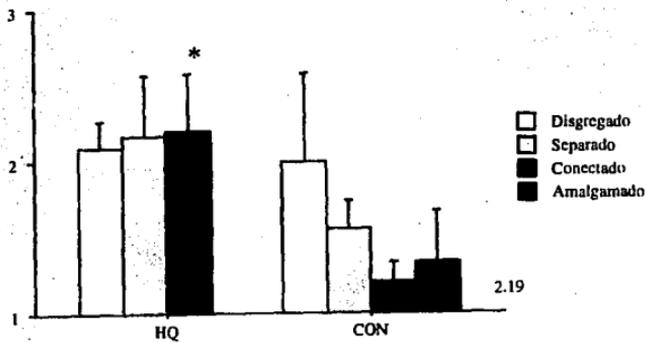
Desobediente



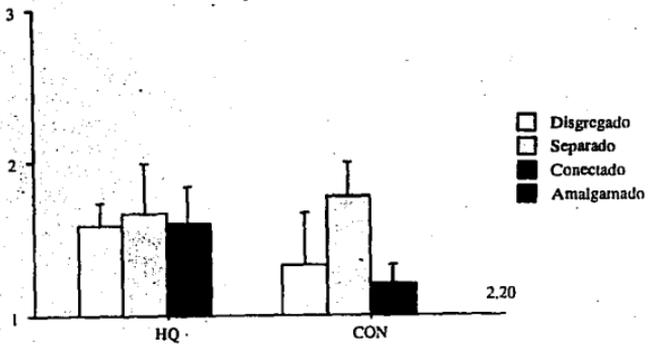


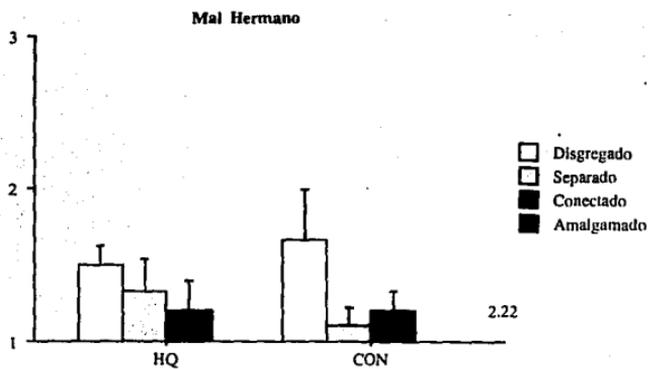
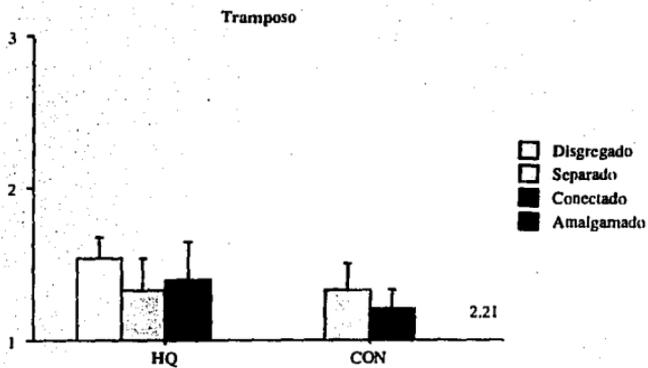


Distraído

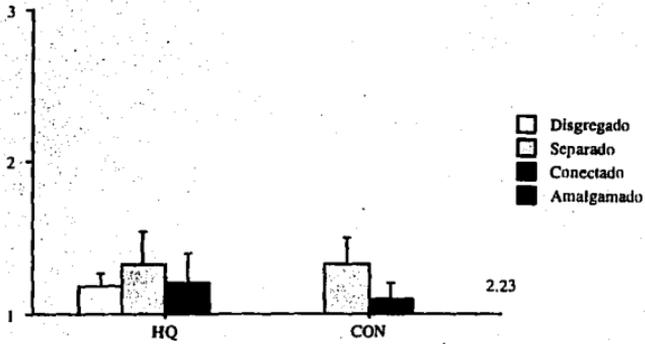


Susceptible

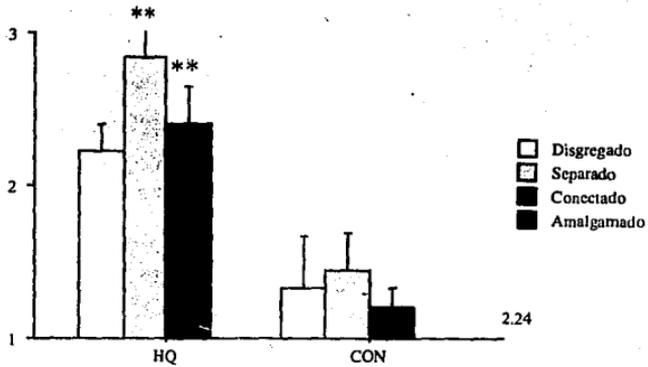


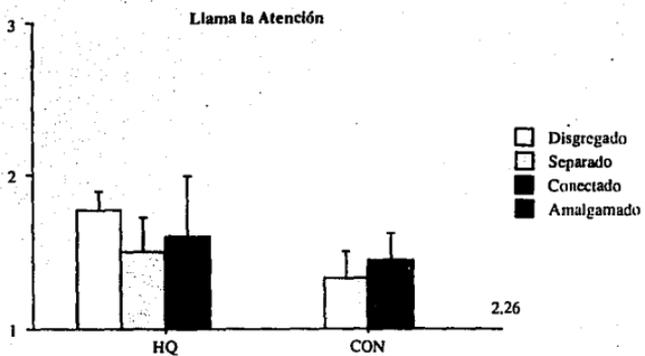
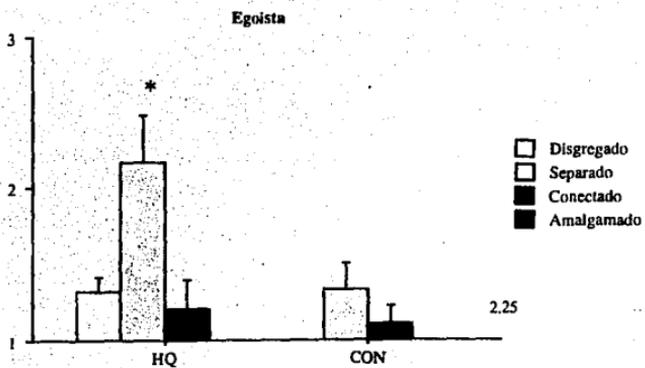


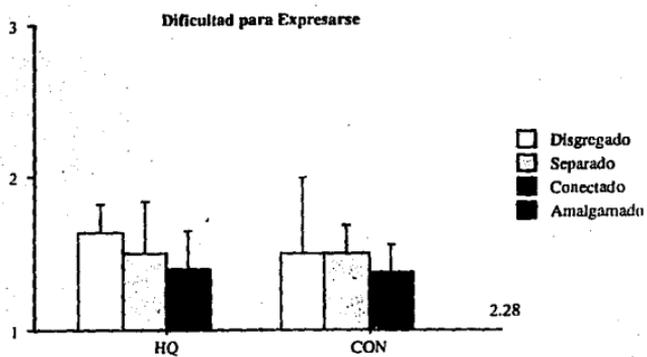
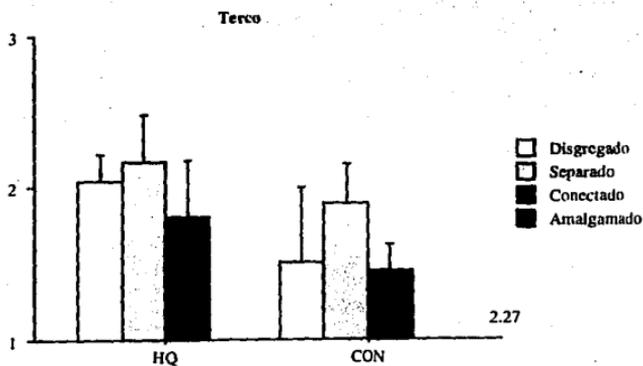
No Satisfecho



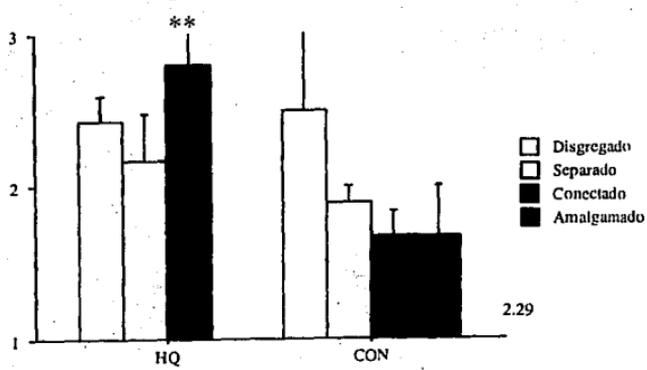
Osado



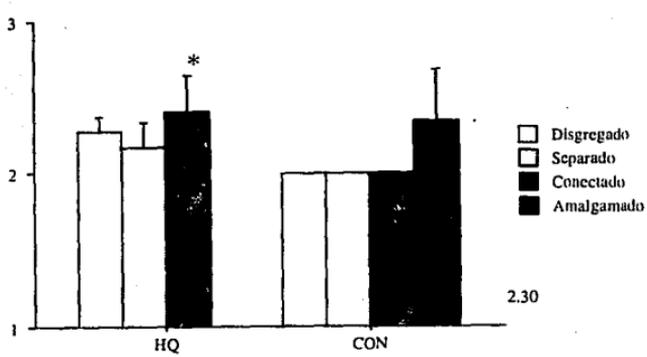




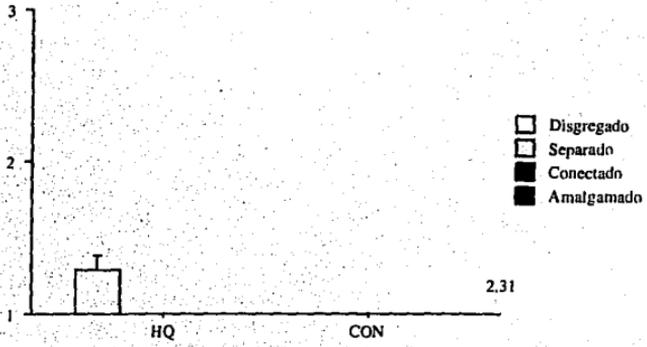
Lugar en la Familia



Inteligencia



Problema



Apéndice 3

ESCALAS EVALUATIVAS DE LA PERCEPCION FAMILIAR
REGLAS Y APOYO

INSTRUCCIONES GENERALES: Conteste las preguntas, escriba en cada uno de los paréntesis un número según corresponda a la respuesta; donde no haya paréntesis conteste con el número exacto. Ejemplo: Edad 20 años.

Lea detenidamente las instrucciones específicas de cada sección. Ante cualquier duda, favor de preguntarle a la persona encargada de la aplicación.

SEXO: Masculino (1) Femenino (2)

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: Casado (1) Divorciado (2) Viudo (3)
Unión Libre (4) ()

HABITA CON: Solo (1) Esposo (2) Padres (3)
Otro familiares (4) ()

INGRESO MENSUAL: _____

INDIQUE EL NIVEL MAXIMO DE ESTUDIO:

Sin primaria (1) Primaria completa (2)
Secundaria completa (3) Preparatoria o equivalente (4)
Profesional (5)

Padre ()
Madre ()

ECONOMICAMENTE: Depende totalmente de su familia (1)
Parcialmente (2) No depende (3) ()

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS: Conteste los siguientes reactivos. Escriba en cada uno de los paréntesis un número según corresponda a la respuesta; para lo anterior nos valdremos de la siguiente escala:

- (1) Casi nunca (2) de vez en cuando (3) algunas veces
(4) Frecuentemente (5) casi siempre

- 1.- Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles. ()
- 2.- En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión. ()
- 3.- Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia, que con los miembros de la misma familia. ()
- 4.- Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares importantes. ()
- 5.- Nuestra familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto. ()
- 6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina. ()
- 7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto. ()
- 8.- Los miembros de la familia discuten problemas y se sienten bien acerca de las soluciones. ()
- 9.- En nuestra familia cada quien escoge su propio camino. ()
- 10.- Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia. ()
- 11.- Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia. ()
- 12.- Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia. ()
- 13.- Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar. ()
- 14.- Los miembros de la familia dicen lo que quieren. ()
- 15.- Cuando pensamos en hacer actividades como familia, tenemos dificultades. ()
- 16.- Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños. ()

- (1) Casi nunca (2) de vez en cuando (3) algunas veces
(4) Frecuentemente (5) casi siempre

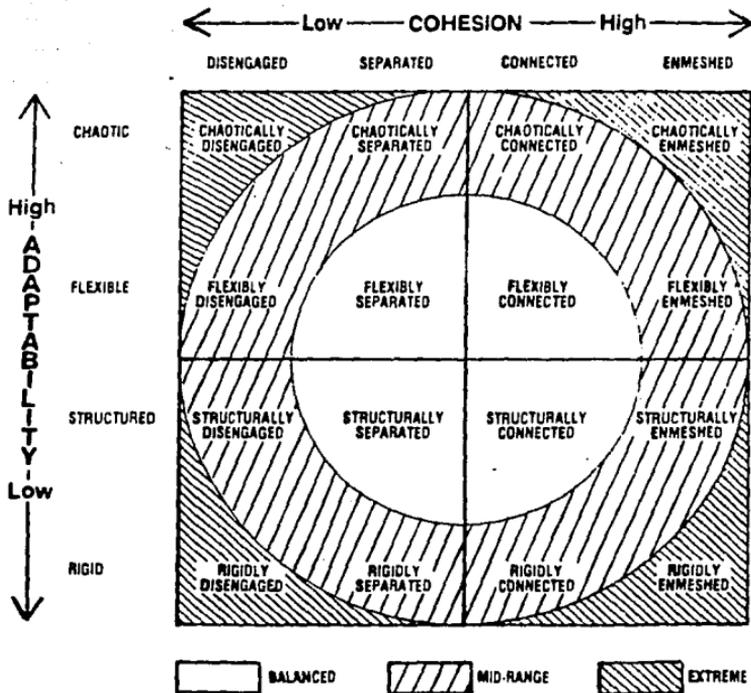
- 17.- Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. ()
- 18.- La disciplina es razonable y justa en nuestra familia. ()
- 19.- Los miembros de la familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia. ()
- 20.- Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas ()
- 21.- Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decida hacer. ()
- 22.- En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades. ()
- 23.- Los miembros de la familia acostumbran a compartir su tiempo libre con los demás miembros de la misma. ()
- 24.- Es difícil conseguir que se cambien las reglas en -- nuestra familia. ()
- 25.- Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en la casa. ()
- 26.- Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos. ()
- 27.- Aprobamos a los amigos de cada quien ()
- 28.- Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos, decir lo que piensan. ()
- 29.- En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total. ()
- 30.- Los miembros de la familia comparten intereses y pasa tiempos unos con otros. ()

POR SU COLABORACION.

GRACIAS.

Apéndice 4

FIGURE 1. CIRCUMPLEX MODEL: SIXTEEN TYPES OF MARITAL AND FAMILY SYSTEMS



Apéndice 5

CLINICA DE APRENDIZAJE Y CONDUCTA

DR. VICTOR URIARTE

Gelati # 62.

Col. San Miguel Chapultepec.

Del. Miguel Hidalgo. C.P. 11850

México, D.F.

TELEFONOS 515-01-01, 271-51-54 y 273-62-59

CUESTIONARIO PARA PADRES

Mucho le agradeceríamos que contestara con toda objetividad las siguientes preguntas sobre la conducta de su hijo. En caso de cualquier duda o información adicional, por favor, llámenos.

NOMBRE DEL NIÑO:

EDAD:

FECHA:

AÑO ESCOLAR

TELEFONO

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE CONSIDERA MAS ADECUADA.

CONDUCTA	OCASIONAL o NUNCA	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
1) NERVIOSO: Se come las uñas, se tuerce los dedos, se jala las ropas, mueve las manos y los pies.	()	()	()
2) IMPUDICO: Señas, vocabulario, juegos sexuales.	()	()	()
3) IMPULSIVO: No mide las consecuencias de su conducta.	()	()	()
4) GRITA.	()	()	()
5) AGRESIVO, PELEONERO: Molesta a los hermanos y a los otros niños.	()	()	()
6) Dificultad para aprender, bajas calificaciones.	()	()	()
7) MIEDOSO: Oscuridad, ruidos, espantos, etc.	()	()	()

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 8) INTRANQUILO: No puede permanecer sentado al comer, ver la T.V., hacer las tareas, etc. | () | () | () |
| 9) DESTRUCTIVO: Desarma y rompe los juguetes, cuadernos, etc. | () | () | () |
| 10) FANTASIOSO: Cuenta historias personales increíbles. | () | () | () |
| 11) INMADURO: Se comporta como niño de menor edad, menos responsable. | () | () | () |
| 12) MIENTE: Tratando de encubrir sus maldades o incapacidades, cuando todos saben lo que hizo. | () | () | () |
| 13) LATOSO: Molesta a la gente que lo rodea, interrumpe la plática de los adultos, etc. | () | () | () |
| 14) DESOBEDIENTE: A pesar de que se le castigue o se le pegue. | () | () | () |
| 15) DESIDIOSO: No termina las cosas que inicia, tareas, trabajos, juegos de mesa, etc. | () | () | () |
| 16) PLATICADOR: Interrumpe a los demás, sólo él quiere hablar. | () | () | () |
| 17) DESCUIDADO: Mal arreglo personal, pierde útiles, juguetes, no cuida la ropa, etc. | () | () | () |
| 18) CRUELDAD: Con los animales, hermanos o compañeros. | () | () | () |
| 19) DISTRAIDO: Falta de concentración en sus tareas. | () | () | () |
| 20) SUSCEPTIBLE: Cambia de estado de ánimo con facilidad, tristeza, alegría, enojo, etc. | () | () | () |
| 21) Hace trampas en los juegos, no sabe perder. | () | () | () |
| 22) Se lleva mal con sus hermanas y hermanos. | () | () | () |
| 23) Nada le satisface, no tiene la alegría de los demás niños. | () | () | () |
| 24) OSADO: Se trepa a los árboles, bardas, postes, etc., sin medir el peligro. | () | () | () |

25) EGOISTA: No permite muestras de afecto hacia los demás, no comparte sus cosas. () () ()

26) Le gusta llamar la atención de la gente que lo rodea. () () ()

27) Terco, testarudo, voluntarioso () () ()

28) Tiene dificultad para expresar lo que siente o piensa () () ()

29) Según su criterio, en dónde colocaría Ud. a su hijo:

() El más problemático de sus hijos.

() ¿En qué otro lugar?

() Hijo único.

30) ¿Considera Ud. que su hijo tiene una inteligencia?

() Abajo del promedio () Normal () Arriba del promedio.

31) ¿Considera Ud. que su hijo es el principal problema de la familia?

() Si () No

32) OTRAS OBSERVACIONES: