

66
2 es.

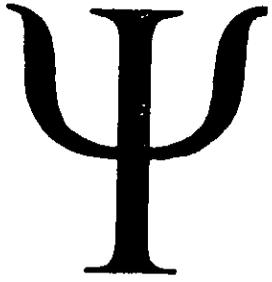


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA
HIPERACTIVIDAD EN UN GRUPO DE
PREESCOLARES DEL CAPEP No. 1 MORELIA.

REPORTE LABORAL
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARIA CONCEPCION CHAVEZ NOGUEIRA



DIRECTORA DEL REPORTE LABORAL: LIC. PIEDAD ALADRO LUBEL

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

261790



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Reconocimientos:

A la Lic. Piedad Aladro Lubel, por su apoyo y exigencia para lograr un reporte de calidad.

Al Dr. Víctor Uriarte Bonilla, por su confianza, comprensión y apoyo al trabajo que se realizó.

A las Licenciadas Susana Eguía Malo, Araceli Mendoza Ibarrola y Patricia Bermúdez Lozano, por su valioso tiempo y comentarios, para la culminación de este momento tan importante en mi vida profesional.

A la División de Educación Continua, de la Facultad de Psicología por su apoyo a mi titulación.

Agradecimiento:

**A DIOS, por la vida y con ella todo lo valioso que me ha brindado: mis hijas,
esposo, hermanos, amigos, alegría, tristeza, música, trabajo y sobretodo
amor y decisión para seguir siempre adelante.**

DEDICATORIA:

A mi PAPÁ, por llenar mi vida de calidez, valores, enseñanzas y recuerdos
maravillosos.

A mi MAMÁ, por estar siempre a mi lado, impulsándome y apoyándome en todo
momento.

CONTENIDO TEMÁTICO.

Capítulo	Página
1.- INTRODUCCIÓN	1
1.1.Contexto	2
1.2.Justificación	4
2.- ANTECEDENTES	6
2.1. Antecedentes históricos de la hiperactividad	7
2.2. Concepto de hiperactividad	18
2.3. Etiología	23
2.4. Sintomatología	27
2.5. Diagnóstico	30
2.6. Tratamiento	34
2.7. Estudios y consideraciones en el tratamiento del niño hiperactivo	40
2.8. La modificación de la conducta como alternativa de tratamiento para padres e hijos	45
2.9. Las pruebas psicológicas utilizadas en el CAPEP	52
3.- PROCEDIMIENTO	54
3.1. Diagnóstico general	57
3.2. Realización del proyecto	60
4.- EVALUACIÓN	68
5.- ANÁLISIS	80
6.- LIMITACIONES	85
7.- CONTRIBUCIÓN	89

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

93

9.- ANEXOS

96

1. INTRODUCCION .

1.1. CONTEXTO.

El Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar, (CAPEP) es una dependencia de la Secretaria de Educación y fue creada para atender a niños de nivel preescolar que presentan alteraciones leves en el desarrollo, tales como: problemas de aprendizaje, de lenguaje, perceptuales, de coordinación visomotora o de conducta.

Los niños a los que se consideran con alteraciones leves en el desarrollo, son aquellos que cuentan con un CI subnormal, límite o normal, pero que han presentado deficiencias neurológicas; o porque cuentan con una pobre estimulación en su medio familiar, para el desarrollo normal del lenguaje o de la motricidad, o viven en una situación familiar-social disfuncional que altera su conducta.

El objetivo de este Centro, es que estos menores puedan superar sus deficiencias, o al menos las más importantes, en uno o dos años expuestos a estimulación y terapias específicas, de manera que puedan integrarse a la primaria regular.

Estos niños son canalizados por los Jardines oficiales, cuando las educadoras detectan algunas fallas en el funcionamiento escolar de los pequeños. Una vez recibidos en el Centro, son citados a un estudio diagnóstico, para ser evaluados en el área de Psicología, en Lenguaje y donde se elabora una historia psicopedagógica, con el objeto de conocer los antecedentes del menor.

En la evaluación psicológica se determina el coeficiente intelectual, el nivel de madurez perceptual del niño, sus actitudes y comportamiento en general. En la evaluación de Lenguaje se determina su nivel expresivo y comprensivo, en sus cuatro aspectos: morfológico, semántico, sintáctico y pragmático.

Una vez hechas las evaluaciones, el equipo que las realizó se reúne y, en base a toda la información obtenida, se determina la canalización del niño, para contribuir a la superación de sus alteraciones, es decir que, puede integrarse a : un grupo de estimulación múltiple, a terapia de lenguaje, de psicomotricidad, terapia de juego, y sus padres a Orientación o alguna otra atención terapéutica.

Posteriormente, se informa a los padres el resultado de los estudios y los servicios a los que fue canalizado su hijo, para que una vez que se cuente con su aceptación, se incorpore al niño a las atenciones necesarias.

La función del Psicólogo en el Centro, al inicio de cada ciclo escolar, es efectuar la valoración psicológica, aplicando las pruebas determinadas por la normatividad de estas instituciones, interpretar los resultados y discutir con el equipo de diagnóstico la canalización más adecuada para cada niño. El resto del ciclo escolar, se atiende a los padres de familia que requieren de la atención llamada Orientación a Padres o a los niños en la atención Terapia de Juego, en sesiones individuales de una hora a la semana.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

La hiperactividad en el niño es un problema de conducta que se ha considerado entre las causas de canalización a este tipo de centros, debido a que provoca situaciones adversas para el aprendizaje del menor y afecta el desempeño del grupo escolar en que se encuentra, así como su relación con la educadora.

En cada ciclo escolar que se sucedía, se notó un incremento significativo de niños que presentaban este trastorno. Por este motivo, en el año escolar 93-94 la dirección autorizó un proyecto, en el cual se formaría un grupo de estimulación múltiple donde todos los niños que lo conformaran, presentarían esta alteración, con el fin de probar, si reunidos en un grupo, el tratamiento de este problema -la hiperactividad- resultaba más eficiente, en comparación al tratamiento efectuado en ciclos anteriores. Para la intervención psicológica del niño hiperactivo, se le incorporaba a un grupo, para recibir tanto estimulación múltiple, como tratamiento individual en Terapia de Juego.

En este programa de intervención, dado que todos los integrantes del grupo serían niños hiperactivos, la estimulación grupal estaría enfocada a la disminución de las alteraciones cognitivo-conductuales que presentan estos niños, tales como su atención dispersa, baja capacidad para seguir instrucciones, agresividad, torpeza motora, inquietud excesiva e impulsividad. Además los padres de familia de cada uno de ellos, ingresarían a orientación psicopedagógica, para colaborar en el tratamiento de sus hijos aplicando algunas técnicas de modificación conductual, como la extinción en el caso de los berrinches o el reforzamiento, para el establecimiento de normas. Por último, se daría tratamiento neurológico a los niños que lo requirieran. Con este propósito, se formó un equipo de trabajo que incluyó a una maestra de grupo, a la neuróloga y a la psicóloga, que presenta este programa,

para llevar a cabo una intervención interdisciplinaria, puesto que los niños con este síndrome requieren un tratamiento a diferentes niveles, es decir, cognitivo, socio-afectivo y neurológico, para alcanzar la superación de sus alteraciones.

Es importante hacer la observación de que en este centro se ha tratado de evitar la medicación a los niños, hasta donde es posible, ya que se considera que por su corta edad no es conveniente administrar medicamentos, debido a las reacciones alternas o secundarias que les provocan.

Dado que en el quehacer profesional del psicólogo, se encuentran los elementos necesarios para contribuir a solucionar este tipo de problemáticas, se evaluó a los niños con diversas pruebas psicológicas, en la fase de diagnóstico; también se efectuaron entrevistas con los padres de familia; se diseñaron y aplicaron cuestionarios; se hicieron observaciones directas; se proporcionó orientación psicológica a los padres y se orientó psicopedagógicamente a la maestra de grupo.

Dentro de las sesiones de Orientación a Padres se proporcionaron temas sobre: autoestima, establecimiento de normas, reforzamiento de conductas adecuadas, desarrollo infantil, comunicación efectiva, sexualidad infantil, salud mental en la familia, relación de pareja, importancia del control médico, problemas de alimentación y aceptación de la problemática de su hijo. Todo ello, para el mejor manejo del pequeño, dentro del núcleo familiar y social.

El buscar mejores métodos o tratamientos para ayudar a los menores a superar sus alteraciones, es parte del trabajo profesional del psicólogo en un centro como este, ya que el objetivo final es que el niño se integre a la primaria regular, sin presentar desventajas con respecto a los demás niños y pueda continuar así su desarrollo cognitivo, socio-afectivo y académico, para que en el futuro, se incorpore a la sociedad logrando su bienestar personal y familiar.

2. ANTECEDENTES.

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA HIPERACTIVIDAD.

En la psiquiatría infantil, desde 1897 se describió a niños que presentaban rasgos de: ligero retraso acompañado de inestabilidad, caracterizada por una movilidad intelectual y física extrema. En 1901 se delineó esta inestabilidad observándose un desequilibrio en la afectividad, falta de inhibición y de atención, necesidad de cambios y movimientos, ambivalencia en las reacciones y exceso de expresión de las emociones.

Desde el trabajo de H. Wallon (1925): "El niño revoltoso" y en la tesis de Abramson (1940): "El niño y adolescente inestable", se perfiló con claridad la postura francesa respecto a la inestabilidad psicomotriz. (Autores citados en Ajuriaguerra, 1973).

En los trabajos de Wallon se encuentra una descripción y una clasificación de las formas de inestabilidad psicomotriz, en donde la descripción de este síndrome es importante, desde el punto de vista psicológico, pero desde el punto de vista patogénico, siguió siendo dependiente de una sintomatología neurológica, que se había enriquecido con los resultados de los estudios sobre la encefalitis epidémica.

Por su parte, Abramson aportó un estudio más general de la psicología del niño inestable y especialmente de su personalidad, al considerar que: *"Estos niños operan casi siempre en corto circuito, es decir, más bien de una forma intuitiva y confusa, no utilizan los encadenamientos, las oposiciones, las confrontaciones; su memoria inmediata de datos concretos es generalmente buena, pero no son capaces de ordenar hechos en el tiempo. El niño inestable psicomotriz está acorralado por todos los estímulos exteriores y es incapaz de inhibir su necesidad de desperdigamiento; su atención es lábil, se fija ya en el detalle, ya en su conjunto, pero sin hacer un análisis del mismo y le cansa la actividad ordenada. En conjunto,*

el sujeto inestable psicomotriz supera a menudo los test que exigen un gran gasto de energía en poco tiempo, mientras que fracasa en aquellos que exigen una coordinación, una precisión y rapidez de movimientos, es decir, en todo aquello que exige un esfuerzo de inhibición y de organización. Por otra parte son opuestos a todo aquello que es estable y organizado, es sugestionable e influenciado por todo lo móvil e irregular; su humor oscila entre la alegría y la depresión”.

En 1934 los doctores Kahn y Cohen describieron un síndrome al que llamaron “orgánico cerebral”, caracterizado por un alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y por la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas. (Velasco, 1976).

S. Kiener (1940, citado en Ajuriaguerra, 1973) clasificó la inestabilidad en dos grupos:

- a) las adquiridas, que pueden ser consecuencia de factores orgánicos o de traumatismos o situaciones psicológicas desfavorables (factores socioeconómicos y familiares)
- b) las constitucionales, que responden a predisposiciones innatas o hereditarias que son relativamente independientes de las condiciones mesológicas.

“Estos niños son llevados a la consulta por retraso escolar y no obstante tienen un nivel mental normal, destacan sobre todo por una agitación psicomotriz; se mueven constantemente, lo tocan todo, son tercos sin agresividad, incapaces de inhibición motriz y de moderación emocional; su actividad es desordenada; su atención es dispersa; son incapaces de un esfuerzo constante y su rendimiento es insuficiente durante el trabajo prolongado”. (A.M.J. Chorus, 1949, citado en Ajuriaguerra, 1973).

Este término, inestabilidad psicomotriz, se puede considerar el antecedente a lo que se llamó posteriormente Síndrome Hiperactivo.

English y English (1958) consideraron que un síndrome es un conjunto de síntomas que se presentan al mismo tiempo y que caracterizan una enfermedad específica o un grupo de conductas que deben tener una causa común. Pero Thomas, en 1977, propuso que síndrome es un grupo de síntomas que forman un conjunto unitario y que tienen una causa común o un grupo de factores etiológicos mayores. (Uriarte, 1989).

Sobre el síndrome hiperkinético, Ajuriaguerra (1973) consideró que: *"los autores de habla inglesa, que desconocen la mayoría de los estudios franceses sobre la motricidad, que empezaron con los primeros trabajos de Dupré en 1909, han aislado dentro del marco de los trastornos de la conducta lo que llaman el síndrome hiperkinético, pero en ninguno de sus trabajos el término de hipercinesia ha sido objeto de una definición rigurosa"*.

Otra característica de las primeras descripciones americanas es la aceptación de la etiología orgánica de este síndrome, hasta el punto de que llegaron a ser el equivalente de las "lesiones cerebrales mínimas".

En 1947, A. Strauss y L. Lethinen (citados en Kanner, 1976) describieron un síndrome caracterizado por unos síntomas que testimonian una desorganización de todas las esferas cognitivas, perceptivo-motrices y afectivas, pero en el que predominan la hiperactividad, la inestabilidad y la impulsividad. Dentro del marco de las lesiones cerebrales mínimas se describieron: la hiperactividad, la torpeza hereditaria, los trastornos visomotores, la mutación retrasada o irregular y los movimientos asociados exagerados.

Poco después, en 1950, nuevamente Strauss y cols. contribuyeron a complementar la interpretación de ciertas conductas que no parecían encajar en ninguna de las

categorías diagnósticas establecidas, refiriéndose a pacientes que presentaban la siguiente combinación de síntomas:

- **Hipercinesia.** El niño no se queda quieto y se mueve constantemente, pasa de una actividad a otra, toquetea, empuña o se lleva objetos a la boca sin cesar, muchas veces esta hiperactividad se acompaña de intranquilidad verbal, pues vierte un torrente de palabras sin sentido.
- **Impulsividad.** Es incapaz de interponer nada entre el apremiante deseo de hacer algo y su ejecución.
- **Atención lábil o distracción.** El niño esta a merced de todo ruido que oye o cosa extraña que ve. Es incapaz de concentrarse en algo por un tiempo determinado, no puede continuar la resolución de un problema hasta terminarlo.
- **Mala coordinación.** La coordinación general o el desempeño de movimientos finos es torpe y anormal.
- **Labilidad emocional.** Se requiere poco para exceder el bajo umbral de tolerancia a la frustración, con los consiguientes episodios de furia, muchas veces seguidos por un auténtico remordimiento, que puede ser efímero.
- **Deficiente concepto de sí mismo.** Estos niños viven constante y ansiosamente intrigados acerca de sí mismos. La mayoría de ellos se consideran malos y su deficiente desempeño escolar, los induce a pensar que son "estúpidos".

Este autor consideró que: *" Es indispensable hacer una indagación, con datos médicos, acerca de los acontecimientos prenatales y paranatales, el electroencefalograma puede ser útil, aunque por lo general suele ser inespecífico, en los términos de una etiología precisa. Por este motivo, aunque no fuese por ningún otro, hay que disuadir a los ingenuos del empleo demasiado frecuente de la expresión "daño cerebral" o "lesión cerebral" como una frase muy a la mano. Se puede adquirir una noción adecuada mediante la evaluación psicológica, en especial la dispersión en los puntajes de las pruebas de inteligencia comunes y sobre la base de los problemas del funcionamiento visual y motor. El tratamiento se inicia*

explicando con claridad a los padres el síndrome en cuestión, muchos de los cuales venían acusándose a sí mismos, o bien otros los hacían sentir culpables, de haber sido los principales contribuyentes a las dificultades de conducta del niño. Los padres, liberados así de esta carga, colaboran mejor con las sugerencias que se les formulan acerca de la necesidad de controlar al paciente con suave firmeza. Se debe prestar atención a su control en la escuela. Hay que colocar a los maestros y familiares en una posición más cómoda en cuanto a su papel en la atención del niño, dándoles una noción de la dificultad general del alumno o de sus problemas más específicos en el aprendizaje”.

Desde un punto de vista más etiológico, y bajo la óptica de los trastornos motores, se describieron algunas parálisis de origen cerebral, acercándose al antiguo concepto de “infantilismo motor” de Homburger (1926). Para evitar una etiología demasiado concisa, el grupo de estudios internacionales de Oxford, en 1962, rechazó el concepto de “lesiones cerebrales mínimas” para adoptar el de “disfunción cerebral mínima”.

Según los trabajos de P.H. Wender (1971, citado en Ajuriaguerra, 1973), el síndrome de disfunción cerebral mínima en el niño, se caracteriza por:

- trastorno de la conducta motora
- hiperactividad
- alteración de la coordinación
- trastornos de la atención y de la percepción
- dificultad en el aprendizaje escolar
- trastorno en el control de impulsos
- alteración de las relaciones interpersonales
- trastornos afectivos: labilidad, disforia, agresividad.

También distinguió dos tipos de disfunción cerebral mínima:

- 1) la reactiva, aparentemente similar a la hiperactividad orgánica, también llamada hiperactividad neurótica, en el caso de ausencia de pruebas de lesión cerebral. En este último caso, la forma de conducta es entendida como un intento del niño para enfrentarse al entorno y a sus propios conflictos neuróticos;
- 2) la sintomática, que va conjuntamente con un retraso, un estado limítrofe o una esquizofrenia.

Como mencionan Townen y Prechtl (1970, citados en Ajuriaguerra, 1973): *“Los estudios sobre la disfunción cerebral mínima padecen serias imperfecciones metodológicas y según sus autores, una ligera disfunción nerviosa puede llegar a afectar a un niño en su trabajo escolar, lo que conlleva repercusiones importantes. En este sentido, se ha dicho que los trastornos psicomotores en su conjunto oscilan entre lo neurológico y lo psiquiátrico, entre lo vivido y lo vivenciado, entre la personalidad global más o menos presente y la vida que se ha vivido. Por ello, se sigue pensando que la doble polaridad que se ha descrito en la inestabilidad psicomotriz, es válida en el caso de los síndromes hipercinéticos. La inestabilidad psicomotriz es la figura psicomotriz sobre un fondo desorganizado. En un gran número de trabajos norteamericanos, la introducción de la noción de lesiones cerebrales “a nivel mínimo”, acabaría por describir una hipercinesia sin hipercinesia. Es tan grave considerar la inestabilidad psicomotriz como un síndrome únicamente motor, como situarlo dentro de un conjunto de conductas extremadamente diversas, dentro del marco de un disfuncionamiento cerebral mínimo, sin tener en cuenta el desarrollo afectivo del niño y sus relaciones con el entorno. En estos casos, se trata casi siempre de un mecanismo de seguridad para el médico, que no tiene en cuenta la complejidad de la conducta y comportamiento, y confunde patogenias, que de hecho son diferentes, y que frecuentemente se fundan en una semiología inadecuada y también no cierta”.*

William M. Cruickshank (1971) consideró que en los Estados Unidos, las primeras investigaciones sobre las características y las necesidades psicológicas y educativas de los niños, con incapacidades de aprendizaje comenzaron en Michigan, hacia 1940, con los doctores Heinz Werner y Alfred Strauss.

Este autor tampoco acepta el término de "disfunción cerebral mínima" refiriéndose a lo siguiente, respecto a las incapacidades para el aprendizaje: *"Nada hay de mínimo en una disfunción cerebral, ya que si el organismo humano ha experimentado algún tipo de daño neurológico, tal vez se presenten manifestaciones físicas o problemas perceptivos y de aprendizaje muy serios. Alguna vez se dijo que emplear la denominación "disfunción cerebral mínima" equivaldría a afirmar que una mujer esta ligeramente embarazada"*.

En opinión de Cruickshank, la incapacidad de aprendizaje es el resultado directo de un déficit en el procesamiento perceptual (DPP). La percepción y el procesamiento perceptual tienen una base neurológica, por lo tanto, si hay un déficit ahí, habrá un déficit neurológico, una disfunción u otro término, ya sea que el estado actual del diagnóstico neurológico permita o no una identificación definitiva del problema.

Respecto a los niños hiperactivos, este autor señala que: *"Hemos terminado por damos cuenta que muchos niños diagnosticados con una alteración emocional hiperactiva, sin presencia de daño neurológico específicamente diagnosticado, manifiestan las mismas características de los niños con incapacidad de aprendizaje, más aún, frecuentemente responden al mismo tipo de programas de tratamiento educativo y psicológico"*.

Para Cruickshank, la hiperactividad es la primera y tal vez la más importante barrera que impide una buena adaptación; dicha hiperactividad adopta dos formas parecidas: la primera, de mayor importancia para el logro escolar, es la sensorial; y

la segunda, la motora, que a menudo provoca en el hogar y en la escuela, problemas de conducta.

La hiperactividad sensorial hace que el niño responda a estímulos poco importantes o impertinentes. Tal característica de la conducta puede deberse a una lesión en la corteza cerebral, pero también puede tratarse de un tipo de conducta aprendida, que el niño emplea con la esperanza de encontrar de algún modo o en algún lugar, un punto de apoyo que le permita tener relaciones cordiales con los demás. Tal vez se encuentren combinadas una conducta aprendida y una lesión en la corteza o en otra parte del sistema nervioso central.

Debido a algún daño neurológico, los niños con hiperactividad sensorial son incapaces de refrenarse a los estímulos, tengan o no que ver éstos con la actividad en proceso. Al niño le distrae cualquier movimiento, color, sonido, olor o experiencia rara ocurrida en sus inmediaciones. El niño va hacia el estímulo en sí y, literalmente "olvida" lo que estaba haciendo, hasta que el padre o maestro lo obligan a regresar a la tarea. Estos estímulos perturbadores alteran cualquier sentido, la vista, el olfato, el oído, el gusto o el tacto y son externos o internos en el niño. Estos niños no tienen la capacidad de pasar por alto, de bloquear o adaptarse negativamente a un estímulo y ésta es una característica importante de los seres humanos normales. Por lo tanto, el niño con incapacidades de aprendizaje, tal vez debida a una lesión cortical, carece de esta capacidad. Lo hace reaccionar todo estímulo que penetra en el campo de su atención.

En la literatura especializada suele darse a la hiperactividad motora el nombre de desinhibición motora, definida como la incapacidad que tiene el niño para refrenar su reacción ante estímulos que incitan o producen una respuesta motora. Por ello, cualquier objeto dentro del campo visual del niño o al alcance de su mano, de modo que lo pueda tocar, empujar, torcer, doblar, arrimar o poner de lado, se vuelve un

estímulo al que debe responder el niño con incapacidades de aprendizaje. Estos niños de mueven, se retuercen y nunca parecen capaces de descansar o relajarse. En la escuela los clips, los lápices, el papel, los libros, etc., todo lo necesario para la experiencia del aprendizaje, dejan de ser auxiliares y se vuelven elementos motores que distraen e impiden el aprendizaje.

La desinhibición motora, crea una situación grave para padres y maestros. Es fácil comprender el modo en el que funciona la hiperactividad motora como impedimento para aprender habilidades motoras finas. Un niño incapaz de controlar su actividad motora, pasará malos momentos tratando de cumplir con actividades sedentarias como escribir, atarse las agujetas o comer.

Cruickshank concluye que: *"La hiperactividad es, en todas sus formas y grados, uno de los mayores problemas para lograr la buena adaptación en el hogar y en la escuela. Tal vez se trate de la única característica más limitante, de las que se presentan en los niños con incapacidades de aprendizaje"*.

Volviendo al controversial concepto de disfunción cerebral mínima, dos autores, Gofman y Allmond, en 1971, citan a su vez a Clemments (1970) en un extenso estudio sobre trastornos de aprendizaje y del habla, quien refiere haber encontrado 36 conceptos bajo este término, tan solo en la literatura angloamericana.

Gofman y Allmond concluyen que carece de sentido encuadrar a un niño en esas categorías, ya que no resulta difícil reconocer que esa multiplicidad, sólo productora de errores, es artificial. Ellos ordenaron los conceptos en tres grupos:

- 1) Conceptos que pretenden decir algo de la etiología, por ejemplo "daño cerebral mínimo" o algo parecido. La inconsistencia de este concepto ya fue señalada en 1962, en una reunión internacional (Bax y McKeith, 1963), donde se recomendó especialmente no volver a utilizarlo. En teoría no se duda de que existe algo así

como un "trauma mínimo de nacimiento" (Gesell y Amatruda, 1974) o un daño cerebral mínimo, pero en cuanto más discreto sea, más debe sustraerse a su comprobación, y esto significa en concreto: hallazgo neurológico indubitable, como resultado positivo de las investigaciones por medio de aparatos o descubrimientos de autopsia.

2) Conceptos imparciales, como el de "disfunción cerebral mínima" que describen el órgano cuya función esta sin duda alterada, pero dejan libre la etiología y con ello, el punto de partida de una conducta terapéutica.

3) Conceptos que describen síntomas aislados de una "disfunción cerebral mínima", refiriéndose a síntomas diferentes, pretendiendo usarlos como sinónimos de una disfunción cerebral mínima.

En el Congreso Internacional de Pediatría de Viena, en 1971, se destinó un simposio a la disfunción cerebral mínima, sobre todo en el tema: signos neurológicos y daño cerebral en esta disfunción, pero los datos resultaron contradictorios y poco claros. Denhoff, manifestó en ese congreso, que hacía 10 años que tal concepto había sido superado en Estados Unidos, para reaparecer en Europa. Por su parte, McKeith (1962) citó a Milani, que opinaba lo siguiente: *"es parálisis cerebral, o no lo es, un cuadro llamado "parálisis cerebral mínima" sería tan absurdo como una neumonía mínima"*.

Desde fines del siglo pasado, los psiquiatras europeos aislaron y definieron el trastorno de la hiperactividad, al que llamaron inestabilidad psicomotriz, la cual se caracterizaba por un desequilibrio afectivo, falta de atención e inhibición, necesidad de cambios y movimiento, ambivalencia en las reacciones y exceso en la expresión de las emociones.

Posteriormente, en el transcurso de las primeras décadas del siglo actual, surgió el concepto de lesión cerebral mínima, promovida principalmente por autores

estadounidenses, en el cual se describía una desorganización de todas las esferas cognitivas, perceptivo-motrices y afectivas; e incluían los trastornos siguientes: hiperactividad, torpeza hereditaria, trastornos visomotores, mutación retrasada o irregular y movimientos asociados exagerados.

En 1962 se cambió el concepto de lesión cerebral mínima por el de disfunción cerebral mínima, en el que se referían a trastornos motores, hiperactividad, alteración de la coordinación, atención, percepción, aprendizaje, trastornos en el control de impulsos, en las relaciones interpersonales y en la afectividad.

Cruickshank, en 1971, se refirió a la hiperactividad como una de las principales alteraciones que afectan a los niños que presentan incapacidades para el aprendizaje.

Como se puede observar, tanto en las lesiones o disfunciones cerebrales mínimas, que no se referían a trastornos concretos y resultaban ambiguas, como en el déficit de procesamiento perceptual, la hiperactividad era una de las muchas características mezcladas en un trastorno más amplio.

Estos conceptos de lesión o disfunción cerebral mínima quedaron en desuso y, actualmente, se han definido y diferenciado los trastornos con mayor objetividad, como se verá en el apartado siguiente.

2.2. CONCEPTO DE HIPERACTIVIDAD.

Una definición médica (Freedman, 1975) establece que: *“este trastorno se caracteriza por inquietud motora, distractibilidad y breve duración de la atención. Todos los niños pueden presentar esta conducta en algún grado, pero en el niño hiperactivo el movimiento es incesante y esta característica no desaparece hasta mucho más adelante, en el curso del desarrollo”*.

Velasco (1980) aclara que el término de síndrome de disfunción cerebral mínima, no es muy de su agrado y menciona lo siguiente: *“Quizá es un término que pretende ocultar nuestra falta de conocimiento, acerca de la verdadera extensión del cambio en la estructura cerebral, que es responsable de la propia disfunción, pero, en todo caso, los trastornos resultantes nada tienen de “mínimos”; por el contrario, caracterizan una conducta generadora de evidentes cambios desfavorables, tanto en el seno escolar como familiar. El niño hiperquinético, como suele llamársele también al pequeño que sufre trastornos disfuncionales, exhibe dichas desviaciones conductuales de tan severas consecuencias, tanto para él como para su familia y su grupo escolar, que no es posible atribuir la sintomatología general a cambios funcionales mínimos. Creo que es un error considerar que la disfunción es apenas existente, sólo porque los trastornos neurológicos reconocibles por la exploración habitual del neurólogo, no se presentan definidos. Se olvida que la conducta misma, es una manifestación de la función cerebral, y que los importantes cambios que en ella ocurren deben corresponder, a su vez, a importantes cambios funcionales”*

Cuando se refiere a la hiperactividad o hiperquinesia, Velasco dice: *“Es el más aparente de los trastornos de la conducta. No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente, que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño. Estos niños*

se levantan de su asiento, toman objetos de sus compañeros, hablan constantemente y aún pueden gritar en los momentos más inadecuados, dando la impresión de que sus actos no sirven a otros propósitos, que no sean los de expresar un estímulo interior incontrolable".

Por su parte, Uriarte (1989) también aclara que: *"Debido a la fragilidad conceptual del daño cerebral mínimo, se propuso el término de disfunción cerebral mínima, cuyo principal objetivo era negar ese supuesto daño, el cual no se podía comprobar, además de señalar que entre las funciones cerebrales "algo" se encontraba mal. Sin embargo, a pesar de que el concepto de disfunción es muy socorrido internacionalmente, sobre todo por los neurólogos Clements y Peters (1963), se considera que tiene algunas dificultades de interpretación. Como su nombre lo indica, se trata de la alteración de alguna función del cerebro y es de escasa magnitud. De tal manera, bajo este criterio se podrían designar diversos trastornos como dislexias, dispraxias, temblor hereditario, algunos signos neurológicos leves, dislalias, hallazgos electroencefalográficos sin patología clínica alguna, neurosis, psicosis, trastornos de la personalidad, así como cualquier alteración mínima psiquiátrica o neurológica. Todas las patologías transcritas son, sin duda alguna, disfunciones cerebrales mínimas, de manera que se trata de una definición poco descriptiva, pues no permite saber cuales son los síntomas principales. Por ello, a pesar de producir un buen avance en la conceptualización de esta patología, actualmente se estima superada".*

Este autor concluye respecto al concepto de hiperactividad que la denominación más apropiada de tal síndrome, es la determinada en la clasificación estadounidense de los trastornos mentales (DSM III) de 1980, la cual proporciona un adelanto considerable en el entendimiento de la hiperquinesia.

Y aclara que: *"Las dificultades para concentrarse en las actividades escolares conducen lógicamente a un problema de aprendizaje; sin embargo, vale la pena diferenciar entre una dificultad para el aprendizaje, como resultado de la inatención, y un trastorno específico de aprendizaje, el cual se presenta en los hiperactivos, independientemente de los procesos implicados en la atención"*.

Desde el punto de vista educativo, la Guía de Observación para la Detección de los Preescolares que presentan Alteraciones en el Desarrollo (SEP, 1991), define a la hiperactividad como: *"un exceso de actividad física o muscular, que se produce en sujetos que no han alcanzado una suficiente maduración psicomotriz o, como un síndrome que acompaña a determinados estados "patológicos" como pueden ser, disfunción cerebral mínima, síndrome de inatención o lesión cerebral"*.

Ribes (1972) define la hiperactividad bajo los siguientes términos: *"Es una conducta específica, de tasa sumamente elevada, que persiste durante largo tiempo y que, en consecuencia, se torna aversiva para los demás miembros del medio social. La hiperactividad puede ser reforzada por dos tipos distintos de consecuencias: a) de naturaleza intrínseca a la propia actividad, que la convierte en una conducta similar a la autoestimulación, y b) de tipo extrínseco, por la que obtiene una gran cantidad de reforzamiento social (se le presta atención, se le habla, se le intenta controlar, etc.)"*.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, mejor conocido como el DSM (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders), versión III-R, publicado en 1987, la alteración que se había denominado como hiperactividad, hiperquinesis, o algún otro nombre, debe nombrarse Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés Attention Deficit with Hyperactivity Disorder) y sus rasgos clínicos se detallan a continuación.

Falta de atención:

- 1) se distrae con facilidad por los estímulos extraños
- 2) dificultad para seguir instrucciones en ausencia de una supervisión estrecha
- 3) dificultad para mantener la atención en las tareas y en las actividades lúdicas
- 4) con frecuencia, parece no escuchar lo que se le dice
- 5) con frecuencia, pierde objetos necesarios para las tareas y para las actividades lúdicas
- 6) con frecuencia fracasa para prestar atención a los detalles del trabajo escolar y otras actividades
- 7) tiene dificultades para organizar las actividades que se dirigen hacia un objetivo
- 8) con frecuencia, cambia de una actividad a otra, sin terminarla.

Hiperactividad:

- 1) con frecuencia abandona su lugar en el salón de clases o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- 2) tiene dificultades para jugar con tranquilidad
- 3) corre o trepa de manera excesiva en situaciones poco apropiadas
- 4) con frecuencia juguetea con las manos o los pies o se mueve mucho en su lugar
- 5) con frecuencia interfiere o interrumpe a los demás
- 6) con frecuencia habla en exceso.

Impulsividad:

- 1) con frecuencia actúa antes de pensar
- 2) tiene dificultades para esperar su turno en los juegos o situaciones de grupo
- 3) con frecuencia da respuestas anticipadas a las preguntas antes de que estén completas
- 4) con frecuencia participa en actividades físicamente peligrosas sin tomar en cuenta las consecuencias.

De acuerdo con el DSM, la presencia de varios de estos síntomas, durante por lo menos seis meses, apoya el uso de una clasificación de ADHD. Los rasgos que se mencionaron anteriormente, dejan claro que el ADHD comprende más que los altos niveles de vivacidad motriz que muestran muchos niños normales. Los cálculos de la frecuencia del ADHD varían de 3 a 15% de los niños en la población general. (Whalen, 1989, citado en Sarason y Sarason, 1993).

Sobre la base de la práctica educativa, se puede considerar que los niños hiperactivos presentan los siguientes comportamientos: se encuentran constantemente en actividades fuera de sus asientos y en tiempos inapropiados; presentan dificultades para seguir indicaciones en clase o durante sus tareas, son continuamente ruidosos, no esperan su turno, interrumpen la clase platicando con sus compañeros o generalmente hacen ruido mientras trabajan; demuestran con frecuencia una pobre habilidad social en sus interacciones con otros niños, o son constantemente agresivos hacia los demás; presentan una conciencia disminuida de las posibles consecuencias de su conducta y de los riesgos en los que incurren; tienen alteraciones perceptuales y/o motoras; mienten con facilidad y su manejo en el hogar, generalmente es inadecuado.

Por lo anterior, se coincide con Uriarte (1989), en que la definición más adecuada para el concepto de hiperactividad, es la mencionada en el DSM-III-R, ya que engloba las principales características, que se han podido observar en los niños que presentan este trastorno y que se encuentran en tratamiento en el CAPEP, tanto las que se refieren a la falta de atención, como las relativas a la hiperactividad e impulsividad. La interacción de estos tres factores afectan el aprendizaje del menor, por ello, como Uriarte también lo menciona, es necesario determinar cuidadosamente si el déficit de atención con hiperactividad provoca su problema de aprendizaje, o éste, se debe a otras causas, como puede ser la inmadurez o una lesión neurológica.

2.3. ETIOLOGÍA.

A este respecto, Renshaw (1974) menciona con exactitud que: *"Sabemos más acerca de cómo tratar la reacción hipercinética, que acerca de por qué ocurre. Hasta ahora, ninguna anomalía histológica en especial, ha sido aceptada como la causa específica de la patología de la reacción hipercinética en la niñez. Los trastornos que se describen están todavía en una fase hipotética o especulativa de estudio"*.

Las causas de la reacción hipercinética pueden ser, según esta autora:

- Lesión cerebral mínima, tomando en cuenta: factores prenatales intrauterinos, traumatismos de nacimiento, ya sean de tipo mecánico o anóxico y disfunción cerebral mínima productora de dificultades en la conducta, por supuestas bases anatómicas.
- Inmadurez de los tejidos cerebrales, debido al nacimiento prematuro o escasez de peso al nacer.
- Tensiones postnatales, como los traumatismos en la cabeza, la encefalitis, las enfermedades endocrinas o metabólicas que han sido postuladas como causas de "lesión cerebral leve".
- Bases bioquímicas para esta patología. Esta investigación es la más moderna y busca una base biológica para la reacción hipercinética.

El Dr. Uriarte (1989) en relación a este tema, comenta lo siguiente: *"Para comprender fácilmente los factores etiológicos, se ha convenido en dividirlos en dos grandes grupos el orgánico y el psíquico. Por orgánico se entienden no sólo las*

lesiones, sino también, cualquier factor físico o bioquímico que modifique las funciones cerebrales, como las endocrinopatías, las intoxicaciones, la herencia, etc., en tanto que por psíquico, se consideran fundamentalmente los factores de aprendizaje y emocionales. La separación de causas orgánicas y psíquicas puede parecer artificial, pues los conceptos tienden a oponerse, sin excluirse; por ejemplo, a cualquier alteración orgánica se añade una psíquica. En razón de lo anterior, a continuación se describirán algunos factores que pudieran estimarse etiológicos, en el entendido de que, por el momento, no existe una causa a la cual se atribuya el origen de la hiperquinesia; no obstante, si se tienen en cuenta todos los factores investigados en este estudio, cabrá afirmar que la herencia aparece como el factor determinante mayor, seguido de una lesión cerebral, y finalmente, los factores psicodinámicos”.

Para Uriarte (1989), los posibles factores etiológicos de la hiperquinesia, son;

- Lesión cerebral prenatal, problemas en el embarazo
- Lesión cerebral postnatal, problemas en el parto
- Herencia
- Desnutrición
- Psicogénesis, que incluye la relación madre-hijo y el hijo no deseado.

Foncerrada (1990) en su artículo sobre el síndrome de la conducta hiperkinética, estima que las pruebas psicométricas y visomotoras, pueden mostrar desviaciones o alteraciones, pero no son determinantes. El electroencefalograma, en muchos casos, es normal o con discretas alteraciones de carácter inespecífico. No existen pruebas de la presencia de factores etiológicos orgánicos, sólo algunas evidencias de “inmadurez neurológica”. Por lo anterior, el diagnóstico se basa, fundamentalmente, en los síntomas.

En publicaciones más recientes, se encontró que Sarason y Sarason (1993) expresan que las causas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se desconocen. Los niños que tienen este trastorno parecen tener el "equipo básico" necesario para desarrollarse y funcionar en forma adecuada. Ni el entorno familiar u otros ambientes, ni sus experiencias durante los primeros años de su niñez parecen ser muy diferentes a los de sus compañeros, la mayoría de los niños que padecen el trastorno no muestran evidencias obvias de un daño real, pero los individuos con ADHD pueden sufrir una disfunción metabólica en el cerebro. La maduración retrasada del sistema nervioso central, quizá contribuye también al patrón de comportamiento que se observa en el ADHD (Hynd y otros, 1991, citados en Sarason y Sarason, 1993).

En un estudio de adultos hiperactivos desde la niñez, y padres de niños hiperactivos, se descubrió una actividad reducida en las áreas del cerebro que controlan la atención y el movimiento (Zametkin y otros, 1990, citados en Sarason y Sarason, 1993). Los investigadores descubrieron también, que los adultos hiperactivos metabolizan la glucosa, la principal fuente de energía para el organismo, a una tasa 8% menor que los sujetos de control.

Se ha descubierto que las complicaciones durante el embarazo o el nacimiento y las enfermedades en el principio de la infancia, están asociadas con el comportamiento hiperactivo, pero la relación no es lo suficientemente significativa, para utilizarla en la predicción de los futuros problemas conductuales o en la escuela. (Hartsough y Lambert, 1985, citados en Sarason y Sarason, 1993).

Otra causa posible puede ser un componente genético. Con frecuencia, el padre de un niño ADHD también tuvo una niñez problemática, abandonó la escuela, sigue siendo inquieto y tiene mal genio. (Whalen, 1989, citado en Sarason y Sarason, 1993).

Algunos investigadores han descubierto altos índices del trastorno de la personalidad antisocial, en los parientes varones de los niños con ADHD, así como el trastorno de la personalidad histriónica en las parientes mujeres. (Rie y Rie, 1980, citados en Sarason y Sarason, 1993).

De acuerdo a lo anterior, sólo se puede concluir que, aún no es posible saber la causa específica que provoca este trastorno, pero como se observa, las investigaciones continúan, por lo que en cualquier momento se puede descubrir su origen.

2.4. SINTOMATOLOGÍA.

El mayor número de niños hiperactivos se descubren entre los menores de 5 a 7 años de edad, periodo en el que se espera que el niño se ajuste, al igual que los otros niños de su edad, a las normas del nivel preescolar o del primer grado de primaria.

Otros autores, como Renshaw (1974), consideran que al llegar el pequeño a la edad de dos y medio años, puede presentar ya manifestaciones muy notorias de reacción hiperkinética; la madre y la familia perciben el difícil comportamiento del niño. Asimismo, dice que la hiperactividad "normal" relacionada con la edad, empieza a decrecer hacia los cinco años; la atención y concentración del niño mejoran al grado de que pueden participar en juegos con otros niños, mirar programas de televisión, terminar una comida (con una o dos interrupciones) y entretenerse solo, de 30 a 60 minutos seguidos.

Recopilando lo que Uriarte (1989) expresa respecto a la sintomatología de la hiperactividad, se encontró lo siguiente: *" separar las diferentes conductas, de manera que se puedan simplificar y designar con ello síntomas y signos, no es una tarea sencilla particularmente en el trastorno que nos ocupa, pues sus diferentes expresiones se amalgaman y dificultan su aislamiento"*.

Según este autor, la sintomatología de esta alteración puede dividirse de la manera siguiente.

Síntomas primarios:

- ◆ Inatención
- ◆ Torpeza motora e inmadurez perceptual
- ◆ Impulsividad

- ◆ Baja tolerancia a la frustración
- ◆ Trastornos formales del pensamiento
- ◆ Disminución de la capacidad para experimentar placer o dolor

Síntomas secundarios o agregados:

- ◆ Tendencia a mentir y/o engañar
- ◆ Conductas impredecibles
- ◆ Egoísmo y aislamiento
- ◆ Ansiedad
- ◆ Sentimientos de culpa.

Para Sarason y Sarason (1993), los niños que se clasifican en la categoría de síndrome de inatención con hiperactividad tienen problemas más serios, que los niños que simplemente son muy activos. Tienen muchas deficiencias en la discriminación visual y auditiva, así como en la lectura, la escritura y el desarrollo del lenguaje. Estos niños probablemente fracasen, no sólo en la escuela sino también en las situaciones sociales, ambos resultados dan lugar a que tengan una opinión pobre de sí mismos.

Los maestros son más incisivos y controladores con los niños hiperactivos, que con sus compañeros. La presencia de un niño así, parece alterar el comportamiento del maestro con todo el grupo (Whalen y Henker, 1985, citados en Sarason y Sarason, 1993). En los salones de clases donde hay un niño hiperactivo, la tasa de interacciones negativas del maestro, con los otros niños del grupo, también se incrementa.

Los niños con ADHD tienen dificultades sociales con sus compañeros, al igual que con sus padres y maestros. Con frecuencia, los padres informan que sus hijos hiperactivos no tienen amigos o se relacionan bien, sólo con niños menores que ellos. Una razón para estas dificultades sociales es que los niños hiperactivos, tienen

déficit tanto en su comportamiento social, como en su desempeño para los comportamientos de habilidades sociales (Grenell y otros, 1987)

Con el objeto de ayudar a los niños hiperactivos a mejorar su desempeño social, se necesita saber más acerca de los déficits específicos que se asocian con este trastorno (Du Paul y otros, 1991, citados en Sarason y Sarason, 1993).

Aunque los síntomas de la hiperactividad han estado ampliamente identificados desde las primeras descripciones médicas, se considera que se ha dado mayor importancia a los aspectos de inatención, inmadurez perceptual, torpeza motora, etc., relacionados con cuestiones de salud o educativas, siendo hasta hace algunos años, que se reconsideró sobre la importancia de las alteraciones conductuales que presentan estos pequeños, y que pueden afectar su desarrollo normal en áreas cognitivas, afectivas y sociales.

Por lo tanto, es importante que en el tratamiento de esta alteración, se tomen en cuenta todos los síntomas en su conjunto, para tratarlos adecuadamente y lograr la superación del trastorno.

2.5. DIAGNOSTICO.

Para Cruickshank (1971) es necesario un diagnóstico interdisciplinario, en el que profesionistas de diferentes campos examinen al niño. Menciona que los exámenes contribuyen a que los padres y los maestros comprendan mejor al niño, sugiriendo lo siguiente:

- 1) una evaluación educativa
- 2) un examen pediátrico general
- 3) un examen oftalmológico y optométrico
- 4) un examen psicológico clínico pediátrico
- 5) un examen neurológico pediátrico
- 6) un examen psiquiátrico pediátrico
- 7) un cuestionario sobre la historia social del paciente
- 8) un examen del lenguaje y del oído
- 9) una evaluación psicológica.

Por su parte, Renshaw (1974), considera que la formulación del diagnóstico debe incluir las siguientes evaluaciones:

- a) de los padres, respecto a la historia familiar, historia clínica del niño, historia de su desarrollo y de su conducta
- b) del maestro, incluyendo informe sobre su capacidad de aprendizaje, su comportamiento y la opinión de los psicólogos escolares
- c) del médico, en relación a la historia del embarazo, del parto, neonatal, del desarrollo del niño, de su conducta, de la familia, examen físico del niño, pruebas de laboratorio, evaluación del lenguaje, pruebas psicológicas y ensayo diagnóstico con medicamentos.

En el apartado 3.1 Diagnóstico General, se aborda la manera, en que esta importante fase, se realiza en el CAPEP.

A continuación, se comentarán algunos trastornos conductuales similares al déficit de atención con hiperactividad, cuyas diferencias se deben tener presentes para efectuar un diagnóstico adecuado.

Sarason y Sarason (1983) se refieren al Trastorno Conductual de la siguiente forma: *“Los niños y adolescentes que se clasifican en la categoría de un trastorno conductual, van más allá de las travesuras y de las conductas indisciplinadas, características de su grupo de edad. Su comportamiento viola de manera grave los derechos básicos de los demás. Los niños que tienen trastornos conductuales con frecuencia son haraganes, quizá mienten, roban, huyen de casa, molestan a los animales y a otras personas, pueden empezar la actividad sexual a una edad muy temprana y por lo regular consumen drogas ilegales”.*

Esta descripción del trastorno de conducta, puede parecer similar a las características del Trastorno de Personalidad Antisocial; sin embargo, hay que recordar que por definición, el trastorno de personalidad antisocial, se presenta sólo en individuos mayores de 18 años de edad.

Existe otro grupo de niños quienes muestran una variedad de comportamientos molestos que incluyen: inclinación por las disputas, irritabilidad, desafío, negativismo y resentimiento. A ellos se les puede diagnosticar un Trastorno de Negativismo Desafiante. Este término se aplica a un niño cuyos problemas son menos serios que un trastorno de conducta, pero más severos que aquellos de un niño sólo difícil de tratar. Este desorden es una clasificación relativamente nueva que se incorporó al DSM para distinguir los casos más leves, sobre todo aquellos que incluyen a los niños pequeños.

Con el propósito de clarificar las diferencias entre estos trastornos, se incluye a continuación un cuadro comparativo de rasgos clínicos.

Déficit de atención con hiperactividad.	Trastorno Conductual.	Negat. Desafiante
<p>Hiperactividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abandona su lugar en el salón o se sale del mismo • tiene dificultad para jugar con tranquilidad • corre o trepa de manera excesiva • juguetea constantemente con sus manos o sus pies • interfiere o interrumpe a los demás • habla en exceso <p>Impulsividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • actúa sin pensar • tiene dificultad para esperar su turno • participa en actividades físicamente peligrosas, sin tomar en cuenta las consecuencias • responde anticipadamente a las preguntas <p>Falta de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene dificultad para seguir instrucciones • no escucha lo que se le dice • no presta atención a los detalles • tiene dificultad para organizarse y para lograr un objetivo • cambia de una actividad a otra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento difícil • Hiperactividad • Conducta abierta y agresiva • Malas relaciones sociales • Problemas académicos • Haraganería, robo y/o abuso de sustancias • Asociación con compañeros que sufren una desviación • Delincuencia • Reincidencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclínación por las disputas • Irritabilidad • Desafío • Negativismo • Resentimiento.

Los rasgos clínicos que se mencionan en el Trastorno Conductual y en el Negativismo Desafiante, parecen tener poca similitud con los del Déficit de Atención con Hiperactividad, pero, analizando a fondo los rasgos de unos y otros, podemos encontrar puntos de relación. Es decir que: el temperamento difícil y las malas relaciones sociales, del trastorno conductual, puede asociarse al niño que presenta déficit de atención con hiperactividad, cuando actúa sin pensar, interrumpe a los demás, no espera su turno, habla en exceso o responde anticipadamente a las

preguntas; y lo anterior, se puede relacionar con la irritabilidad, desafío e inclinación por las disputas, del niño que presenta negativismo desafiante.

Se coincide con Cruickshank en la importancia de un diagnóstico interdisciplinario, y en el tipo de evaluaciones que deben realizarse; pero se difiere con Renshaw, en cuanto a que el médico evalúe en lenguaje, aplique pruebas psicométricas y analice el comportamiento del niño y de la familia, ya que estas evaluaciones deben ser realizadas por especialistas en esas áreas.

Respecto a los trastornos similares al déficit de atención con hiperactividad, se pretendió aclarar sus rasgos para no confundirlos al efectuar el diagnóstico, ya que, como se mencionó, existe relación entre sus características, pero además contienen otros rasgos que los diferencian y que es necesario tomar en cuenta para un tratamiento acertado.

2.6. TRATAMIENTO.

Desde que se le denominó síndrome hiperkinético o disfunción cerebral mínima, se describió una mejoría con anfetaminas, empleándose la DL-Anfetamina (Benxedrina) u otros medicamentos de acción equivalente, especialmente el metilfenidato (Ritalín). Parece estar demostrado que estos medicamentos son de una efectividad evidente sobre el nivel de actividad, la atención, la impulsividad, el comportamiento social y el aprendizaje. Los efectos secundarios: insomnio, anorexia, trastornos gástricos menos frecuentemente, cefaleas, temblor en las extremidades e irritabilidad, tienden a desaparecer con la prolongación del tratamiento médico.

Además de las anfetaminas, la terapia de estos casos incluye un conjunto de medidas que dependen en parte de la forma de inestabilidad propia de cada niño; estas medidas son: ayuda psicoterapéutica a los padres, organización escolar adecuada con un trabajo adaptado a las posibilidades del niño, y que pueda modificarse de acuerdo a su evolución. La psicoterapia del niño debe dirigirse a los trastornos de tipo afectivo. En cualquier caso, el niño inestable psicomotriz obtendrá provecho de una terapia psicomotora. (Ajuriaguerra, 1973).

En la revista de Actualización Pediátrica de mayo-junio de 1991, editada por la Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C., se consideró lo siguiente: *"Las anfetaminas fueron los primeros fármacos utilizados, que demostraron su efectividad. Las observaciones iniciales demostraron que los medicamentos estimulantes tenían más efectividad en la modulación de la actividad y regulación de la atención, resultando una corrección significativa del 70-80%. El clorhidrato de metilfenidato muestra mejoría de la conducta de inquietud, incrementa la actividad académica y de precisión, con mejoría en la clase, con eficacia a corto tiempo; además se logra una mejor ejecución en las tareas cognitivas, incluyendo la*

regulación de la atención, aprendizaje y memoria. Otros autores reportan mejoría en la conducta social y de aprendizaje, con cambios favorables en la ejecución académica tanto en las pruebas verbales como escritas; los maestros y los compañeros del niño se dan cuenta de las mejoras sociales y académicas, de los cambios en la actitud de trabajo y al hacer las tareas escolares, además de modificar su conducta a la hora de comer. El tiempo de acción del metilfenidato, es corto y aparece su efecto a las 2 horas después de su ingestión y termina a las 9 horas, la mayoría de los niños requieren de tratamiento por 5 años y las niñas por 3 años. Los efectos colaterales del metilfenidato varían alrededor de un 3.6%, y al aparecer éstos, es indicativo de que hay que descontinuarlo. Estos efectos son principalmente: disminución del apetito, insomnio, dolor gástrico, cefalea, tics, se han reportado algunos casos de iniciación del síndrome de Guilles de la Tourette, ansiedad, euforia, irritabilidad; la literatura médica los ha reportado en orden decreciente, por lo que actualmente se está recomendando utilizar la escala de efectos colaterales. El tratamiento de los niños con este trastorno debe ser multimodal, donde se seleccionen los elementos que se requieran para la modificación de la conducta, con atención psicológica a los padres, maestros y por supuesto al niño, estableciendo ajustes educacionales y adjunto a todo ello, el medicamento".

De los autores Sarason y Sarason (1993) se incluyen los siguientes comentarios: "El tratamiento más común para los niños hiperactivos es el uso de drogas como el metilfenidato (Ritalín) o la dextrianfetamina (dexedrina) que estimulan el sistema nervioso central. Gran cantidad de estudios revelan que estas drogas tienen efectos positivos a corto plazo, sin embargo, los estimulantes pueden tener efectos colaterales. Algunos padres rechazan la terapia con estimulantes para sus hijos, en tanto que otros la interrumpen de manera prematura, con frecuencia porque a los niños no les gusta tomar medicamentos. Existe un consenso cada vez mayor, acerca de que una combinación de intervenciones farmacológicas y conductuales

proporcionan el tratamiento óptimo para el ADHD (Goldstein y Goldstein, 1990). La asesoría para los padres de estos niños puede ser útil, debiéndose incluir sugerencias prácticas para el manejo diario de sus hijos. La participación de los padres es en especial valiosa, porque si se depende por completo de los medicamentos, los padres y maestros pueden mostrar menos interés por encontrar formas de ayudar”.

Marvin I. Gottlieb (1987) realizó un análisis sobre Terapias Controversiales o No-estandarizadas, para desórdenes por déficit de atención, hiperquinesis y problemas de aprendizaje (Controvertial Therapies on Attention Deficit Disorders, Hyperkinesis and Learning Disabilities), en contraposición al tratamiento con terapias tradicionales, del cual se extrajeron las siguientes consideraciones.

Los padres de niños con problemas de aprendizaje, desórdenes por déficit de atención o hiperquinesia, han sido descritos como extremadamente ansiosos, aprensivos y frustrados. Las estrategias de manejo tradicionales necesitan una combinación de varias terapias, incluyendo educación especial, medicamentos y asesoría a los padres y al niño. Las decepciones y frustración de los padres con estas modalidades de atención, se presentan rápidamente, ya que las intervenciones médicas, educacionales y psicológicas generalmente no proporcionan una solución “pronta” para los problemas que presentan los pequeños. En ocasiones, el médico, al ser acosado por los padres para encontrar una curación rápida para estos desórdenes tan complejos, recurren a la prueba empírica de aceptar una terapia controversial.

Una atmósfera de asesoría, de entendimiento y comprensión cuando se explica la situación de su hijo a los padres, es indudablemente más efectiva que un discurso presionante, demandante y rígido sobre porqué no elegir una terapia en particular.

Gottlieb refiere que al revisar algunas de estas terapias controversiales o no-estandarizadas, particularmente aquellas recomendadas para problemas de aprendizaje, hiperquinesis y déficit de atención, encontró las siguientes.

1) Alimentos aditivos. Feingold (1975) presentó la hipótesis de que ciertos alimentos aditivos, como los saborizantes y colorantes artificiales de la comida, podrían producir problemas de aprendizaje e hiperactividad en niños susceptibles. La reacción es atribuida a bases genéticas no inmunológicas y sensibilidad, a varios contaminantes artificiales de los alimentos. En estudios subsecuentes, no se pudo respaldar la hipótesis de Feingold, concluyendo que la dieta libre de alimentos aditivos, no resultó efectiva en el problema de la hiperquinesis. (Harley, Mathews & Eichman, 1978; Harley, Ray, Tomasi, et al, 1978; Wender, 1977; Williams, Cram, Tavisig, et al, 1978).

2) Megavitaminas. Hoffer (1954) desarrolló un programa de tratamiento para la esquizofrenia, utilizando niacina, ácido ascórbico e hidrocloretrato de piridoxina. Cott (1973) modificó la terapia incluyendo dosis mayores de varias vitaminas y medicamentos, en combinación con una dieta hipoglucémica. Los resultados del estudio estuvieron basados en los testimonios de los pacientes y reportaron éxito en diversos desórdenes como la esquizofrenia, autismo, lesión cerebral y problemas de aprendizaje. El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (1976) hizo una revisión de la terapia de megavitaminas y concluyó, que esta estrategia de manejo no estaba bien justificada. En un estudio posterior, de 41 niños con déficit de atención, se determinó que la terapia de megavitaminas, era una intervención inefectiva para esta alteración (Haslam, Dalby y Rademaker, 1984). En otro estudio, se concluyó que su efectividad es altamente cuestionable por sus efectos adversos, los cuales pueden causar, desde enfermedades gastrointestinales hasta toxicidad hepática. (Haslam et al, 1984; Hebert, 1977 y 1978).

3) Terapia de minerales. Phil y Parkes (1977) observaron que los niños con problemas de aprendizaje, presentaban un incremento en las cantidades de cadmio, manganeso y cromo, y un decremento en las cantidades de cobalto y litio. Golden, en 1984, reportó que *"la evidencia que soporta una anomalía en la economía de minerales del organismo, en los niños con problemas de aprendizaje, era débil, y no existía el soporte para una terapia de minerales suplementarios"*. Además, los médicos deben estar alertas sobre los efectos adversos, de una administración prolongada de suplementos minerales, que excedan a los que el cuerpo necesita.

4) Reentrenamiento neurofisiológico. Se considera que el déficit en la organización neurológica, repercute en un déficit de las áreas neurológicas que incluyen: retardo mental, problemas de aprendizaje y de conducta. El método Doman-Delecató, fue evaluado por Cohen, Birch y Taft (1970), y consistía en un programa de terapia con movimientos pasivos, estimulación sensorial, respiración de aire expirado y varias restricciones dietéticas, con el objetivo de corregir la desorganización del sistema nervioso central.

5) Entrenamiento optométrico. Las anomalías en percepción visual, coordinación sensorio-motriz y movimientos oculares, fueron propuestos como causas específicas de problemas de aprendizaje. También se consideró que esas habilidades podían ser mejoradas con ejercicios de entrenamiento neurológico y visual. Van Noorden (1976) indicó que los problemas de lectura (dislexia) no son causados por problemas oculares. Por su parte, Golberg y Amott (1970) concluyeron que el aprendizaje está determinado por una función del cerebro y no de los ojos.

6) Terapia sensorial integral o estimulación vestibular. Se basa en la hipótesis de que si la integración sensorial (reacciones posturales, pobre control muscular ocular, orientación perturbada y/o distractibilidad), esta dañada, el niño experimentará problemas de aprendizaje. Las actividades que fueron sugeridas para tratar de normalizar estos problemas incluyen: la estimulación vestibular, postural y táctil

(Ayers, 1972). Otros investigadores como Carte, Morrison, Sublett, et al (1984) estudiaron los efectos de la terapia de integración sensorial, en niños con problemas de aprendizaje y concluyeron que, esta terapia no tuvo efectos significativos en la curación del hiponistagmo, disfunción en el proceso perceptual o en los logros académicos de estos niños.

Las estrategias de tratamiento tradicionales (educación especial, farmacoterapia y asesoría psicológica), están basadas en principios neuropsicoeducacionales más aceptables, aunque persistan algunas alteraciones. La asesoría u orientación, ha sido considerada tradicionalmente como una terapia adjunta para niños con atención deficiente, hiperactividad y problemas en el aprendizaje. No es sustituto de un programa educacional bien constituido o una intervención médica bien fundamentada.

Las terapias controversiales o no-estandarizadas, han sido asociadas indudablemente con éxitos individuales ocasionales. Por lo tanto, estas terapias que ofrecen falsas esperanzas, sólo han servido para aumentar la tragedia de los niños con estos trastornos, ya sea por los efectos colaterales que les pueden provocar estos tratamientos, o por su ineficacia, en la mayoría de los casos.

Los problemas complejos rara vez tienen soluciones simples. El buscar una panacea, una curación rápida, es un deseo comprensible de los padres de estos niños, que tienen complicaciones psicoeducacionales y sociales. Por ello, se requiere adoptar una postura conservadora, analítica y crítica al evaluar las "ofertas" terapéuticas, de los datos publicados en las revistas médicas o "journals" de calidad científica desconocida.

2.7. ESTUDIOS Y CONSIDERACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO HIPERACTIVO.

Strauss y cols., en 1950, como se mencionó con antelación, refiere que el tratamiento de los niños que presentaban trastornos de hipercinesia, impulsividad, distracción, mala coordinación y labilidad emocional, se iniciaba explicando a los padres en qué consistían éstos, para que colaboraran adecuadamente en el tratamiento de sus hijos. Al parecer, Cruickshank (1971) coincide con esta idea y menciona que. *"A muy pocos padres, se les concede comprender en qué áreas de la vida de sus hijos, y de la propia, es necesario reflexionar para encontrar la posible receta que mejore el desarrollo del niño"*.

Ajuriaguerra (1973) consideró que: *"El mundo de los adultos no está hecho para el niño inestable psicomotriz. Su mundo no tiene la coherencia, ni el orden, ni la continuidad del mundo de los adultos. El inestable tiene un modo de relación fugaz, tiene afecciones con apariencia indiferenciada, tiene reacciones de corto circuito y satisfacciones instantáneas. Se mueve dentro de un mundo fijo, mientras que él es todo movimiento en un mundo deshecho y que presenta una discronometría, respecto a la continuidad del mundo ordenado. Sus reacciones no responden, a lo que el mundo que le envuelve, exige de él, y los trastornos que presenta, casi siempre, están acrecentados por las reacciones del entorno (medio familiar y escuela). Son unos niños que molestan, que se adaptan mal a un orden establecido y a una enseñanza rígida. Su comportamiento, a veces incomprensible, hace que el medio, reaccione"*.

Kiener (1940, citado en Ajuriaguerra, 1993), estudió las reacciones del medio, frente al niño inestable psicomotriz y distinguió, diferentes tipos de comportamiento de los padres y maestros de escuela frente al mismo. En el transcurso de su evolución, la

personalidad del inestable depende de su modo de aprender del mundo, pero también de la actitud de su entorno. Así, describió diferentes tipos de conducta reactiva, pudiendo aislar cuatro especiales: la oposición, la renuncia, la autoacusación y el autocastigo.

La reacción de oposición es la más frecuente; frente a la incomprensión de los padres y la hostilidad del entorno, el niño, sintiéndose engañado injustamente se decide por la rebeldía, desobedece, miente, reacciona frente a la más mínima contrariedad encolerizándose; con obstinación y enfado desprecia sus deberes, no estudia sus lecciones. En clase es indisciplinado, hace lo peor y distrae a sus compañeros, así se hace admirar por los niños, atrae la atención del maestro, le ridiculiza; simultáneamente, proporciona vía libre a su necesidad de movimiento. A veces las reacciones son más violentas (insolencia, injurias, amenazas, violencia e incluso fuga), como respuesta a una sanción que no ha sido afectada. La oposición puede llegar incluso más lejos: rechazo a toda regla social o a toda conducta que recuerde las que los adultos proponen.

Mal adaptado a la vida escolar, para el niño inestable su preparación profesional sigue siendo una desventaja; no consigue lograr el aprendizaje de un oficio que exige años de asiduidad y actitudes siempre iguales; entonces es cuando puede empezar su odisea de ir de una profesión a otra. Pero como consideró L. Bourrat (s/f), si el niño está inmerso en unas buenas condiciones educativas y afectivas, la inestabilidad se reduce, en un gran número de casos, a un trastorno mínimo y, en condiciones favorables, puede disminuir alrededor del décimo año de edad.

También Uriarte (1989) se refiere al entorno del niño hiperactivo, con las siguientes consideraciones: *“Es claro pensar que el hiperactivo no es sólo resultado de su genética, de su temperamento o de su lesión cerebral, sino también del ambiente familiar, de la capacidad educativa de los padres, de la escuela, de la ética del*

docente y de su ambiente sociocultural. Por ello, no se deberá pasar por alto que estos niños, al igual que todos los seres humanos, se encuentran sujetos a diferentes interacciones con el exterior, en consecuencia, muchos de sus síntomas agregados son producto de la calidad de las interacciones con los seres que les rodean y que tienen una importancia fundamental en su desarrollo”.

En un estudio comparativo de padres de niños hipercinéticos, con padres de un grupo de control, D.P. Cantwell, en 1972 (citado en Ajuriaguerra, 1973), encontró que el 10% de los padres de niños hipercinéticos parecen haber sido a su vez hipercinéticos y, que la mitad de ellos tuvieron una enfermedad mental: mientras que la mayoría de los padres del grupo de control, no la tuvieron. Fue mayor la prevalencia de enfermedad mental en los padres, que en las madres.

En estudios de seguimiento de niños hiperactivos, recopilados por G. Weiss, en 1989 (Follow-up Studies on Outcome of Hyperactive Children), se encontraron los datos que a continuación se detallan:

En un estudio de seguimiento de niños hiperactivos, que empezó a realizarse desde que se hizo el diagnóstico de tal alteración, hasta 14 años después, se encontró una pequeña diferencia entre el grupo que presentaba problemas de aprendizaje no hiperactivos y el grupo control normal, con respecto a las desviaciones sociales y problemas de conducta. En cambio, el grupo de hiperactivos con problemas de aprendizaje presentó desviación social y problemas de conducta, en más de la mitad de sus miembros.

El estudio de Dykman y Ackerman (1980) indicó, que la presencia del síndrome hiperactivo en los niños con problemas de aprendizaje, pronostica una mayor desviación social en la adolescencia. Los problemas de aprendizaje, por sí solos, no predicen alteraciones de conducta en la adolescencia.

En otro estudio sobre adolescentes, N. Lambert y cols. (1985), encontraron que el 43% de los niños diagnosticados como hiperactivos en la niñez, fueron considerados todavía como hiperactivos al iniciar la adolescencia; el 20% del total, fueron considerados libres de problemas respecto a alteraciones de aprendizaje o conducta. Las tasas de delincuencia y problemas de conducta fueron significativamente más altas, para adolescentes que todavía estaban en tratamiento por hiperactividad y para aquellos que no fueron tratados por períodos largos, que para sujetos normales del grupo control. También se encontró que: un bajo CI, un bajo rendimiento escolar, un bajo rendimiento en pruebas de intereses, un bajo nivel de razonamiento formal y dependencia, proporcionaron evidencias de problemas de aprendizaje y de conducta al inicio de la adolescencia. En relación al uso y abuso de sustancias, a los 17 años de edad, la única diferencia con el grupo hiperactivo, fue el hecho de fumar más cigarrillos.

Feldman y cols. (1979), describieron un estudio retrospectivo de 81 niños con seguimiento hasta la etapa adulta. La edad promedio de los sujetos del estudio fue de 21 años; 32 hermanos mayores de los individuos de estudio fueron considerados como el grupo de comparación; los sujetos eran de clase media y habían recibido varias formas de terapia de estimulación. Los resultados obtenidos fueron imparcialmente similares, a aquellos del estudio anteriormente descrito, la mayoría de los sujetos (91%) estaban trabajando o en la escuela. La mitad del grupo estuvo libre de problemas. Un porcentaje significativo de individuos hiperactivos presentaron baja autoestima. El 10% de ellos, tuvieron serios problemas emocionales y de conducta.

Las conclusiones generales de estas investigaciones son las siguientes:

1. - La mayoría de los sujetos estudiados muestran que, aproximadamente, la mitad de ellos superan el trastorno. Un tercio o dos tercios de los sujetos, continúan mostrando síntomas del trastorno. En dos estudios de registro de trabajo, la

mayoría de los participantes estaba trabajando y eran autosuficientes, pero sus registros de empleo en general, no fueron tan buenos como los del grupo de control. Esto se evidenció porque en su trayectoria de trabajo, tuvieron un nivel de empleo más bajo que el grupo de control, basado en su rendimiento laboral inferior y por cambios de empleo más frecuentes.

2. - La mayoría de los estudios indican que los individuos hiperactivos tienen baja autoestima, se califican mal a sí mismos, y también así son calificados por los demás, en varios indicadores patológicos.
3. - En todos los estudios es evidente que, sólo para una minoría significativa, la hiperactividad en la niñez conduce a una personalidad adulta antisocial, o a desórdenes y conductas antisociales.

2.8. MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO PARA PADRES E HIJOS.

Para Galindo y cols. (1980) la modificación de conducta es un conjunto de técnicas muy variadas, que se han aplicado para la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, la psicología clínica, la educación especial y la rehabilitación.

En su obra, estos autores mencionan lo siguiente: *"Son variados los problemas que se atacan con las técnicas de modificación de conducta, desde las crisis matrimoniales y las adicciones, hasta los casos de neurosis y esquizofrenia, en la clínica; desde la organización de guarderías y la estructuración de técnicas de enseñanza, hasta el tratamiento de un problema de aprendizaje, en la educación; desde el establecimiento del control de esfínteres y del lenguaje, hasta el entrenamiento en labores productivas, en la educación especial, y desde el entrenamiento muscular, hasta la enseñanza del uso de muletas, en la rehabilitación. No obstante, por múltiples que sean las técnicas y los problemas, son pocos los principios generales que fundamentan la modificación de conducta. En general, el rasgo común de todos estos procedimientos, es la estructuración sistemática de las condiciones ambientales para cambiar la conducta de un sujeto, es decir, para establecer, mantener transformar o eliminar repertorios conductuales. La modificación de conducta es, entonces, un procedimiento de enseñanza".*

En relación a los principios fundamentales de la modificación de conducta, Alan Kazdin (1978), proporciona los siguientes conceptos.

El reforzamiento positivo, y sin duda en reforzamiento en general, se refiere a formas de incrementar la conducta. Aunque el reforzamiento positivo tiene un papel central,

cuando la meta de un programa es decrementar o eliminar conductas no deseadas. Para lograr esto último, se pueden emplear muchas variaciones de reforzamiento, incluyendo el reforzamiento diferencial de otras conductas, de conductas alternativas o incompatibles, de conductas funcionalmente equivalentes o de tasas bajas de conducta.

El reforzamiento negativo, es un proceso alternativo para incrementar la conducta, ya que la emisión de una respuesta produce el fin o la interrupción, de una situación aversiva o desagradable, entonces esa respuesta se fortalece. Es interesante señalar, que las contingencias de reforzamiento negativo a menudo están en operación en la vida cotidiana, como por ejemplo, el escape o evitación sirven para reforzar una conducta no deseada.

El castigo consiste en reducir la conducta mediante la presentación de eventos aversivos (como reprimendas verbales y desaprobación), retiro de eventos positivos (como el tiempo fuera o el costo de respuesta) y, requerir esfuerzo y conductas alternativas (como la sobrecorrección o el ejercicio contingente). Diversos factores influyen en la aplicación efectiva del castigo relacionados con la demora del mismo, programas de administración, fuentes de reforzamiento, regulación temporal del castigo en la secuencia de respuesta y lo más importante, el reforzamiento de conductas alternativas. Al reforzar una respuesta alternativa, incluso las formas leves de castigo, pueden modificar la conducta de un modo notable.

La extinción es a menudo un procedimiento efectivo para eliminar la conducta. La efectividad de retirar el reforzamiento de una respuesta, depende principalmente del programa de reforzamiento que ha estado manteniendo la respuesta. La conducta mantenida por un reforzamiento intermitente es, en particular, resistente a la extinción. Aunque la extinción puede decrementar o eliminar conductas, no puede desarrollar conductas nuevas prosociales, para reemplazar aquellas que se han

extinguido. La utilización del reforzamiento, junto con la extinción, es la forma más común de empleo de la misma, en programas de modificación conductual.

El tratamiento de modificación conductual abarca tres aspectos fundamentales;

1° La creación de nuevas conductas

2° El aumento de la frecuencia en las conductas ya existentes

3° La supresión de conductas objetables.

Y comprende dos etapas bien definidas:

1a. Tratamiento individual bajo condiciones controladas

2a. La intervención sobre el ambiente del sujeto, dirigido a obtener condiciones óptimas para el mantenimiento de la conducta ya adquirida bajo tratamiento individual. (Ribes I.E., 1972).

De acuerdo a lo que dice Granell (1979), la aplicación de programas de modificación de conducta en el ambiente natural, plantea una serie de consideraciones bastante complejas y hace que el control de variables sea mucho más difícil que en los ambientes artificiales; sin embargo, en contraposición con estas dificultades, tiene la gran ventaja de facilitar el proceso de generalización y garantizar la permanencia de los cambios logrados.

De la investigación realizada por esta autora, que se efectuó en Venezuela, con niños hiperactivos, se resumieron las siguientes conclusiones.

- Mediante programas de reforzamiento y de extinción es posible, no sólo disminuir respuestas inadecuadas, sino también lograr la aparición y fortalecimiento de respuestas más deseables y adaptadas al medio.
- Los cambios de conducta que se producen inicialmente mediante técnicas artificiales, pueden extenderse a los integrantes naturales del medio, tales como la maestra, el grupo o familiares que se convierten en estímulos que actúan como agentes de control.

Respecto a la aplicación de los principios de modificación de conducta ya mencionados, Torres Rubio 1995, en su trabajo de tesis, expuso las siguientes consideraciones: *"La modificación de conducta ha demostrado ser eficaz en el manejo individual y grupal de los niños con problemas de conducta, en esta modalidad se guía al niño dentro del contexto grupal para el logro de objetivos comunes, inicialmente controlando las conductas problema por medio de la aplicación de las técnicas conductuales de: extinción, saciedad, tiempo fuera parcial, tiempo fuera total y castigo positivo, dentro de lo posible, simultáneamente, estimular a los menores en cuanto al aprendizaje de habilidades y hábitos, con la finalidad de integrarlos al medio ambiente familiar, educativo y social, observándose que los resultados obtenidos a largo plazo son favorables; lo que se detecta por medio de entrevistas a los padres, para conocer la validación social de los programas y técnicas aplicadas; comprobándose la eficacia de acuerdo a lo reportado verbalmente por los padres y maestros, y también en ocasiones en forma escrita. Es importante que el control de estímulos sea cuidadoso y que las personas que tratan al paciente, se rijan de igual manera que el terapeuta, ya que un manejo inadecuado, puede tener como resultado el reforzar equivocadamente conductas no deseadas y un pobre control de la conducta en general, por tal razón, se hace participar a la familia activamente, dentro de lo posible".*

Dadas las características de las alteraciones conductuales que se presentan en los niños hiperactivos, como lo comentan los autores mencionados, la modificación de conducta es la técnica más adecuada para su tratamiento y además, se puede aplicar tanto individual como en grupo, observándose resultados en los dos aspectos.

Sobre el aprendizaje de los adultos, tema básico para las sesiones de orientación a padres, del Dr. Mauro Rodríguez, se tomaron estas consideraciones: *"En rigor, nadie enseña a nadie. El punto focal no debe ser la enseñanza del maestro, sino el*

aprendizaje del alumno". Refiere también que no sólo se puede perseguir el aprendizaje de conocimientos, sino también de habilidades, actitudes y conductas, de esta manera, el aprendizaje se traduce en el desarrollo de destrezas, habilidades, cambios de actitudes y de conductas. El conductor del aprendizaje no es un profesor, sino un facilitador, un animador, un coordinador. No es una figura de autoridad, no es "el que sabe", sino alguien que asiste o ayuda en una búsqueda común. Se debe tener presente la siguiente observación: el aprendizaje que implica cambios en la propia vida, tiende a ser percibido como amenaza, por lo que es necesario estar preparados cuando surjan resistencias al cambio, algunas de ellas serán abiertas, pero otras serán sutiles y enmascaradas.

De la autora J.M. Diamondstone (1991), se tomaron algunos conceptos que se consideran de gran utilidad para el aprendizaje de los adultos y que se pueden adaptar a las orientaciones a padres de familia.

- ◆ Los adultos aprenden realmente, cuando se involucran en el establecimiento de los objetivos y también, cuando tienen la oportunidad de definir lo que es importante o necesario aprender. El interés por nuevas ideas, así como la voluntad y el deseo de adoptarlas, se incrementa cuando la persona cree firmemente que dichas ideas satisfacen y responden a sus necesidades.
- ◆ Como adultos, la apreciación que generalmente tenemos de nosotros mismos es de que somos maduros, responsables y competentes, por lo tanto, nos defendemos cuando esa autoimagen se ve amenazada. En otras ocasiones, el problema no es que los participantes se sientan ofendidos o amenazados, sino que también puede existir una extraña y dócil actitud de conformismo, muy peligrosa, que nos puede conducir a fracasar en nuestro objetivo.

- ◆ Algunas medidas específicas pueden tomarse, antes y durante la sesión, con el propósito de promover actitudes positivas y contrarrestar actitudes hostiles, de ansiedad o duda en los participantes. El asesor u orientador eficiente deberá evaluar las actitudes, creencias y las necesidades de los padres de familia para estructurar la experiencia educativa u orientadora adecuada.

- ◆ La mayoría de los adultos demandan una explicación a cualquier situación que provoque cambios en su forma de vida. El taller o las sesiones mejor planeadas y dinámicas, no producirán por sí solas el cambio de hábitos. La fase crítica empieza cuando la asesoría termina y los participantes tienen que poner en práctica lo aprendido.

- ◆ El papel de la retroalimentación es muy importante, ya que es una necesidad básica, al ejercitar una aprendizaje o habilidad, el saber si se está haciendo bien. A veces, la retroalimentación aparece espontáneamente, pero en otras ocasiones, el apoyo y la retroalimentación pueden provenir de fuentes externas, como pueden ser, los conductores u orientadores de la sesión o taller.

Las sugerencias y comentarios de los padres son una base importante para programar las sesiones de orientación con ellos, ya que de esta forma, se logra involucrarlos en el tratamiento del niño y se evitan las barreras para su aprendizaje o actitudes inadecuadas. El proporcionar retroalimentación oportunamente, permite mantener su interés y disposición para lograr, paso a paso, modificaciones conductuales. Con lo anterior, se facilita la comprensión del problema que presenta su hijo, y con ello, se puede obtener su participación activa en la superación del mismo.

Se considera que, para los menores que padecen el déficit de atención con hiperactividad, las técnicas de modificación de conducta en el salón de clases son

eficaces; y para los padres de familia, el conocer y aplicar también dichas técnicas en el hogar, las cuales se explican y retroalimentan en las sesiones de orientación, pueden conducirlos a colaborar directamente en la superación del trastorno que padece su hijo.

2.9. PRUEBAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS EN EL CAPEP.

Test Gestáltico Visomotor Bender.-

El objetivo general de la prueba es medir, de una manera esencialmente cualitativa, la madurez de los sujetos en cuanto a su educación perceptivo-motora y las perturbaciones en los procesos que intervienen en la reproducción gráfica. Al decir que se trata de una prueba que mide adecuación visomotora a nivel morfológico, se acentúa el nivel representativo y operativo que funciona sobre los mecanismos reguladores perceptivos y motores. El análisis del todo formal y la coordinación de movimientos respectivos para lograr la restauración, dependen estrechamente del sistema neuromuscular y éste a su vez, de la madurez perceptual y del entrenamiento.

Prueba Terman-Merrill.-

Binet, quien originalmente creó esta prueba, rompió con los sistemas clásicos que consistían en subdividir la inteligencia, en diversas facultades puestas en evidencia con pruebas que trataban de representarlás. Él buscó evaluar la inteligencia globalmente e introdujo la noción del desarrollo intelectual en función de la edad. Terman hizo una primera adaptación de la prueba Binet-Simon en 1916, y en 1937 se asoció con Merrill para modificar la prueba, disminuyendo los ítems verbales e incluyendo pruebas de ejecución para niños más pequeños en la forma L-M, que es la que se utiliza con más frecuencia. La escala Terman-Merrill se elaboró deliberadamente con el objetivo de evaluar, en sus niveles máximos el factor de inteligencia y limitar la influencia de factores de grupo o aptitudes separadas.

Prueba WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence),-

David Wechsler, hizo énfasis en la distribución normal del rendimiento de cada sujeto respecto a la media, siempre teniendo en cuenta que el 50% de la población

esta comprendida entre el CI 90 y el 110. Realizó una escala de inteligencia aplicable a todas las edades, para él fue conveniente suprimir la referencia de la edad mental, sin negar su utilidad, pero subrayando sus límites. De esta forma surgió un nuevo método de cálculo del cociente intelectual que es un índice de dispersión. Se define simplemente como: la posición relativa de un sujeto, dentro del grupo en el que ha sido comparado. El objetivo específico de la prueba es la medida de la inteligencia general, mediante la evaluación cuantitativa de los diversos aspectos de las aptitudes intelectuales.

3. PROCEDIMIENTO.

3. PROCEDIMIENTO.

De acuerdo con los lineamientos normativos que rigen la operación de los CAPEP, la aceptación de los niños para tratamiento, procede si presentan alguna o algunas de las siguientes alteraciones:

- a) que cuenten con un CI entre 79 y 89 puntos, clasificados en Limitrofes de 70 a 79 puntos y Subnormales de 80 a 89 puntos, o con un nivel Normal
- b) y que además presenten
 - bajo nivel de comprensión
 - hiperactividad
 - problemas de lenguaje
 - atención dispersa
 - hipoactividad
 - alteración en la sensopercepción visual o auditiva
 - desubicación temporo-espacial
 - problemas en la coordinación motora fina y/o gruesa
 - problemas psicológicos tales como: inseguridad, angustia, agresividad, enuresis, depresión, etc,

En este tipo de centros, no se aceptan preescolares con trastornos psiquiátricos o que requieran tratamiento de educación especial para deficiencia mental o rehabilitación física.

El proyecto que nos ocupa, se desarrolló en el ciclo escolar 1993-1994, en el CAPEP No.1- Morelia. Durante el periodo de diagnóstico se recibieron a 163 niños, enviados de diferentes jardines oficiales, para ser evaluados por posibles alteraciones en su desarrollo.

De nuestro universo de 163 niños diagnosticados, 127 pertenecieron al sexo masculino y 36 al femenino. Las edades de los niños atendidos fluctuaron entre los 4 años 2 meses y los 7 años 2 meses.

El rendimiento intelectual promedio de nuestro universo fue de 56%, entre subnormalidad y limitrofes; 30% de nivel normal y el 14% restante, a nivel de deficiencia mental.

Cabe aclarar que, aún cuando la normatividad de estos centros indica que se tratarán sólo niños con CI de niveles normal, subnormal y limitrofe, así como edades entre 4 años y 6 años 6 meses, como se puede observar, en nuestra población se encontraban niños con CI a nivel de deficiencia mental, y edades superiores a la máxima permitida. Esto obedece a que en la práctica educativa, y amparados por una sana flexibilidad de criterios, se aceptan a estos niños que, de otra forma, serían rechazados en los jardines por sus características, y también porque se considera que no corresponderían a una escuela para deficientes mentales, ya que su situación puede ser resultado de la falta de estimulación en su medio y/o falta de escolaridad.

3.1. DIAGNOSTICO GENERAL.

El proceso de diagnóstico general en el CAPEP, se realiza de la siguiente forma:

- I. En la primera sesión, se le practica al niño una evaluación psicométrica, con una duración aproximada de 1 hora 30 minutos y, es valorado también en el área de Lenguaje, aproximadamente en 1 hora.
- II. Mientras se trabaja con el niño en las áreas mencionadas, los padres proporcionan a una maestra de grupo y a una trabajadora social, la información necesaria para elaborar la historia psicopedagógica y socio-económica del menor y de la familia.
- III. Al día siguiente el niño se presenta al servicio de Pediatría, para una evaluación física y de salud general.
- IV. Por otro lado, en ese segundo día, cada especialista que valoró al niño, califica y elabora su reporte para reunirse y discutir en equipo, los resultados que cada uno obtuvo y determinar la atención o atenciones que se darán al menor.
- V. El equipo de diagnóstico elabora un resumen de la evaluación diagnóstica (RED), donde se asientan los datos más importantes de la problemática del menor y las atenciones que recibirá, a fin de que posteriormente la Dirección informe a los padres el resultado de la evaluación practicada.

En la valoración psicométrica, las pruebas que se aplican permiten valorar cuantitativa y cualitativamente el rendimiento del niño en funciones tales como: comprensión, razonamiento, aritmética, análisis, percepción, coordinación visomotriz, etc., con esto se puede determinar si la alteración existe, en primer término, y en qué grado se encuentran afectadas o disminuidas sus funciones. De acuerdo a los lineamientos normativos del área de Psicología de estos centros, las pruebas psicológicas que deben aplicarse a los menores son:

- Test Gestáltico Visomotor Bender

- Prueba Terman-Merrill o Prueba WPPSI.

Es necesario aclarar que estas dos últimas pruebas se emplean indistintamente, es decir, una o la otra, bajo un criterio basado en la práctica cotidiana, de que si el niño presenta un problema severo de lenguaje (habla ininteligible) o un nivel de comprensión muy bajo, se aplicará la prueba Terman-Merrill y si no es así, se aplicará la prueba WPPSI.

A partir de los resultados de las pruebas psicológicas, las especialistas que brindan tratamiento pedagógico al menor, elaboran su plan de trabajo individual y/o grupal, con el propósito de influir lo más directamente posible en la superación de las alteraciones que presenta cada niño.

Dependiendo de los resultados de la evaluación diagnóstica, los menores pueden ser canalizados a los servicios que se mencionan a continuación:

- ◆ Grupo de Estimulación Múltiple
- ◆ Terapia de Lenguaje
- ◆ Terapia de Psicomotricidad
- ◆ En el área de Psicología: Terapia de Juego, Orientación a Padres o Terapia Familiar.
- ◆ En el área Médica; Pediatría, Neurología, Psiquiatría u Ortopedia-Dento-Facial

Es importante mencionar que, lo más común y frecuente, es que un solo niño reciba más de un servicio en el centro, es decir que, un pequeño puede incluirse en un grupo de estimulación múltiple, en terapia de lenguaje y sus padres recibir orientación psicológica. Otros niños, que sólo presentan problemas de lenguaje, continúan asistiendo a su jardín y reciben esa terapia específica.

También puede darse el caso de que el menor no requiera de algún servicio, debido a que no se encontró alteración alguna, entonces, se le regresa a su jardín de niños con un breve informe del resultado del diagnóstico que se le practicó

Para diagnosticar el Déficit de Atención con Hiperactividad, en el CAPEP No. 1 - Morelia, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos.

a) En el test Bender, obtuvieron un nivel de madurez perceptual inferior a su edad cronológica, aproximadamente de un año o más.

b) Durante la evaluación psicométrica y de lenguaje, se observaron las alteraciones conductuales detalladas a continuación:

- no logra mantener la atención
- juega con sus manos o brazos constantemente
- en la mayoría de los casos, responde anticipadamente a las preguntas
- tiene dificultad para seguir instrucciones
- no escucha lo que se le dice y hace preguntas frecuentemente
- no presta atención a los detalles, ya sea en los dibujos o al responder
- presenta torpeza motora.

c) Las observaciones de la educadora del Jardín de Niños, que lo envió al CAPEP, indicaron que:

- no permanecía dentro del salón de clases
- molestaba a los demás niños
- no espera su turno
- no mide el peligro
- cambia de una actividad a otra, sin terminirlas
- presenta atención dispersa.

d) Los padres de estos niños, refirieron ser incapaces de lograr en sus hijos un comportamiento aceptable, en el hogar y socialmente; recurren con frecuencia a la agresión física para corregir o presentan excesiva permisividad y, la dinámica familiar está alterada.

3.2. REALIZACIÓN DEL PROGRAMA CONDUCTUAL.

La participación de la psicóloga en este programa, se dividió en dos direcciones:

- A. Apoyar a la maestra del grupo conformado totalmente por niños con déficit de atención con hiperactividad, a través de: recomendaciones, sugerencias, observaciones, aplicación de cuestionarios y registro de datos.
- B. Trabajar con los padres de familia para lograr, tanto el conocimiento y la aceptación de la problemática de sus hijos, como el que, en forma práctica, colaboraran en la superación de la alteración de sus niños.

Sujetos.-

En el ciclo escolar 1993-1994, 23 niños presentaron el trastorno de déficit de atención con hiperactividad; y de acuerdo a los lineamientos normativos de los CAPEP, se eligieron a 20 menores para formar el grupo con el cual se trabajó este programa.

Todos ellos eran del sexo masculino, sus edades fluctuaban entre 4 años 8 meses y 6 años 2 meses; el coeficiente intelectual que tenían fue el siguiente: 5 niños de nivel limítrofe, 12 de nivel subnormal y 3 de nivel normal.

Procedimiento.-

Previamente al inicio de la atención a los niños, en el grupo de estimulación múltiple, la cual se llevo a cabo en enero de 1994, la psicóloga entregó a la maestra una serie de sugerencias, para obtener de los niños hiperactivos, patrones de conducta más

adecuados en el salón de clases. Estas medidas son las recomendadas en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (1990) están en concordancia con las sugerencias de tratamiento de algunos autores como Cruickshank (1971) o Uriarte (1989), estudiosos de la problemática de este tipo de niños, a saber.

- a) Aplicar los principios instruccionales del sistema educativo tradicional, esto es, mayor dirección y supervisión del maestro; apego a los programas; énfasis en el orden, las reglas, los límites y la disciplina; para ayudar a estos niños a centrar constantemente su atención.
- b) Que el menor no se vea expuesto a frecuentes experiencias de desaprobación, o a ser exhibido ante los demás como "latoso", "torpe", "tonto" o "loco".
- c) Las tareas escolares a realizar en el hogar deberán ser poco demandantes, con tiempos de realización pre-determinados y, en un momento dado, permitir interrupciones. Procurar que no se requiera la aprobación de los padres, ellos sólo se ocuparán de que el niño trabaje, en las mejores condiciones posibles de aislamiento y tranquilidad.
- d) Asignarles tareas y responsabilidades en el grupo, que sean de utilidad para los demás, en las cuales el niño pueda tener éxito y ganar reconocimiento y aprecio.
- e) Periódicamente realizar juegos de mesa, apropiados para su nivel de madurez y edad y/o actividades organizadas y grupales, que lo ayuden a aprender a cooperar, a ganar y perder, con la intención de mejorar su integración.
- f) Cuando hay que poner fin a una actividad placentera, para dar paso a otra, se puede invitar al niño, sin asomo de burla o sarcasmo, a expresar su desacuerdo a través de actividades controladas, tales como: dos minutos de gritos o cinco minutos de golpear una almohada.
- g) Es fundamental evitar el etiquetamiento o el uso de apodos despectivos.

También se incluyó para la maestra, los comentarios y sugerencias de Renshaw (1974) para el tratamiento de los niños hiperactivos, y son los siguientes:

- ◆ Las tareas para el niño hiperactivo deben ser cortas, una página escrita en unos minutos puede ser el límite de su capacidad de concentración.
- ◆ La maestra deberá estructurar la actividad, pidiéndole al niño que se acerque a su mesa con la página terminada, para entregarle entonces una nueva página de tarea, esto lo animará a completar su trabajo y el proporcionará cierta oportunidad de descarga motora, aceptable en el salón de clases.
- ◆ Tanto para la maestra en la escuela, como para la madre en el hogar, es importante saber reconocer las señales premonitorias de un arranque de ira. La madre y la maestra deben compartir todas las observaciones e intervenciones que ayuden a prevenir las explosiones del niño.
- ◆ Si se cuenta con un patio de juegos, conviene tomar algunas precauciones antes de enviar ahí al niño, a veces, un espacio amplio y vacío puede desencadenar la hiperactividad, en lugar de simplemente permitir su desahogo; en tales casos, el establecer límites usando sólo una parte del patio, proporciona una solución viable.

Sugerencias para el maestro:

- 1) Aumentar la autoestima del niño evitándole fracasos recurrentes. Empezar por tareas que estén un poco más abajo de su capacidad de aprendizaje, de manera que pueda hacerlas bien, para mejorar su autoconcepto y reforzar su seguridad emocional.
- 2) Reconocer de inmediato sus logros, en forma verbal y no verbal.
- 3) Utilizar claves de asociación para sostener el interés y mejorar la retención de la memoria.
- 4) Adaptar sus métodos de enseñanza, a los problemas y habilidades del niño.

- 5) Capturar su interés y mejorar su motivación mediante el uso controlado y creativo de la novedad y la sorpresa, con actividades diversas tales como disfrazarse de animales y actuar como ellos, o recibir la visita de un bombero o médico.
- 6) Establecer algunas metas intermedias para enseñar el principio de "esfuerzo-logro".
- 7) Evitar proporcionarle demasiados datos, ya que es más efectiva una enseñanza breve, aunque tenga que repetirse una y otra vez.
- 8) Observar y anotar el patrón de conducta del niño, para entender mejor la manera en la que él funciona.
- 9) Para un niño hiperactivo, 12 tareas de 5 minutos, son preferibles a 2 tareas de 30 minutos.
- 10) Trate de reservar un tiempo para analizar con objetividad, el tratamiento y la forma en que lo está aplicando.

Dado que dentro de la preparación académica de una maestra o educadora, se revisan los principios del Análisis Experimental de la Conducta, se efectuó un repaso de ellos, en los aspectos básicos de: reforzamiento positivo, extinción y castigo para que los aplicara en forma individual o grupal, según fuese necesario o conveniente.

Al iniciar el tratamiento en el grupo de estimulación múltiple, durante el mes de enero de 1994, la psicóloga aplicó a los padres de estos niños un cuestionario de Conductas en el Hogar (Anexo No. 1), el cual fue una adaptación de la Escala de Actividad de Werry, Weis y Peters, con el fin de obtener información complementaria que confirmara la hiperactividad de estos niños; así como involucrar a los padres en la observación de la conducta de sus hijos, como inicio de una sensibilización. Posteriormente, se registraron los datos y se confirmó la hiperactividad de todos los niños de este grupo.

Durante los meses de enero y febrero, se efectuaron las sesiones de Orientación a Padres, con la intervención tanto de la neuróloga como de la psicóloga, ya que se dividió el grupo de padres en dos, para platicar con ellos en forma individualizada y con la periodicidad de una vez a la semana. En estos primeros encuentros con los padres, se trató de lograr la comprensión del problema de sus hijos y la aceptación del tratamiento, lográndose observar en ellos un cambio de actitud, aumentando su disposición, así como su integración al trabajo con los niños.

En el transcurso de estas primeras sesiones de orientación se entregó a los padres, por escrito, una serie de sugerencias para obtener patrones de conducta más adecuados en el hogar (Anexo No. 2), tomados de la revista médica del IMSS, ya mencionada anteriormente, así como algunas consideraciones útiles de Renshaw, para un mejor manejo de la conducta del niño hiperactivo, en casa.

La psicóloga comentó y aclaró las dudas sobre las sugerencias mencionadas y, una vez obtenidos los resultados del cuestionario aplicado a los padres, se fue integrando en análisis de las conductas problemáticas, con la aplicación de las recomendaciones que les fueron entregadas, para el logro de soluciones satisfactorias.

A partir del tercer mes de trabajo con el grupo de niños hiperactivos, en la etapa que comprendió los meses de marzo, abril y mayo, se solicitó a los padres que realizaran una auto-observación y registro (como un "diario"), de las situaciones familiares cotidianas, enfatizando las protagonizadas por el menor objeto del tratamiento. Este registro debían elaborarlo diariamente, durante una semana, abarcando sobre todo un fin de semana, y se les dieron indicaciones de cómo realizarlo.

Conforme los padres fueron completando este registro, lo entregaron a la psicóloga, quien vació los datos en un formato específico llamado Hoja de Registro Continuo de

Eventos en Familia (Anexo No. 3), para puntualizar las conductas inadecuadas del niño; así como las consecuencias que éstas tuvieron, incluyendo las actitudes que presentaron los padres y los familiares como respuesta a tales comportamientos.

Sobre la base de esta información, se revisaron junto con los padres, los antecedentes de las conductas inadecuadas, tanto en el niño, como en los padres y otros familiares; también se analizaron las consecuencias, para brindarles a partir de esto, alternativas de cambio y estimularlos para llegar a sus propias soluciones. No se pretendía eliminar la hiperactividad, sino reducirla o sustituirla por patrones de conducta adecuados, en base a un manejo de contingencias apropiado, también en el hogar.

En las siguientes sesiones de orientación se trataron temas como: la hiperactividad, la autoestima, el reforzamiento positivo y la extinción, comunicación y sexualidad infantil, entre otros. Estos temas se consideraron importantes para el tratamiento de los niños y para el manejo de los padres hacia ellos, siendo éstos determinados en conjunto, por la psicóloga y los padres.

Simultáneamente, al iniciar esta etapa, en el mes de marzo, se aplicó a la maestra de grupo un cuestionario de Conductas en la Escuela (Anexo No. 4), también adaptado de la Escala de Actividad de Werry, Weiss y Peters, con el objeto de determinar las situaciones más conflictivas de estos niños, tanto en el salón de clases, como en otros eventos escolares. Al obtener los resultados, la maestra de grupo y la psicóloga, definieron un plan de modificación de estos comportamientos, que a continuación se explica.

Reforzar positivamente las conductas deseadas, a través de la estimulación verbal, mayor atención y aprobación social, por parte de la maestra, ante los siguientes comportamientos:

- permanecer sentado en su silla, al menos durante las tareas escolares que lo requieran
- realizar el trabajo que se le asignó, hasta terminarlo
- permanecer callado durante el trabajo individual
- comer sentado su refrigerio
- guardar los utensilios al terminar el refrigerio
- jugar con sus compañeros en el recreo, sin agredir
- regresar rápidamente al salón, al terminar el recreo.

La extinción se aplicó ante las conductas disruptivas o no deseadas, tales como:

- berrinches
- deambular por el salón
- hablar gritando
- amenazas verbales u ofensas personales.

Ante estas conductas, la maestra se mostraba indiferente e ignoraba lo que el niño decía o pedía, en cuanto el menor suspendía estos comportamientos, la maestra le prestaba atención, y si era posible, respondía a lo que el niño requería.

El castigo sólo se aplicó a comportamientos francamente agresivos (como golpear, patear, romper trabajos, escupir o morder a sus compañeros o a la maestra), o al provocar la interrupción de las actividades del grupo, empleándose reprimendas verbales, desaprobación y tiempo fuera.

Una vez elaborado el plan de modificación de conducta, se dejó su aplicación en manos de la maestra de grupo, con períodos de observación frecuentes, por parte de la psicóloga.

Finalmente, en el mes de junio y antes de terminar en ciclo escolar, se aplicó el cuestionario de Observación de Conductas Hiperactivas (Anexo No. 5), dirigido tanto a los padres de familia, como a la maestra del grupo. Este cuestionario se refiere a las conductas presentadas por estos niños, respecto a las principales características de la hiperactividad que ya se han mencionado, con el objeto de evaluar si las acciones tomadas durante este período, lograron disminuir el comportamiento hiperactivo, así como algunas de sus alteraciones adyacentes.

4. EVALUACIÓN.

4. EVALUACIÓN.

Durante las primeras sesiones de Orientación a Padres, en las que se trató de lograr la comprensión del problema de sus hijos y la aceptación del tratamiento, se presentó la abstención de dos familias, con las que no se lograron tales objetivos.

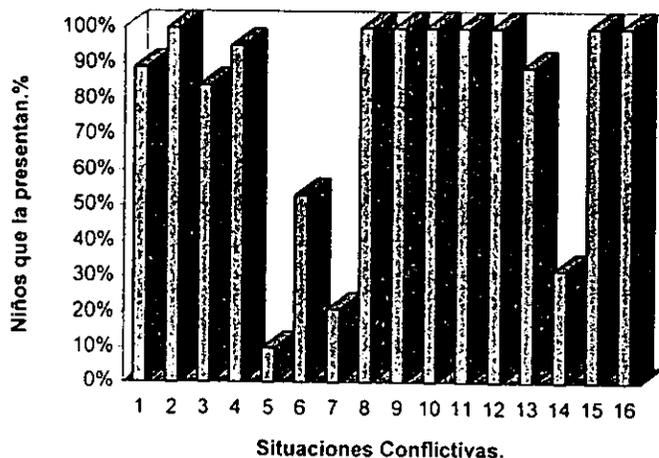
Una de estas dos familias, no aceptó que su hijo requiriera de atención especial, por lo que tuvo que ser cambiado a un grupo de estimulación múltiple común, fuera de este programa, debido a que los padres solicitaron que continuara siendo atendido en el CAPEP.

La otra familia aceptó el tratamiento que su hijo recibiría en el grupo de niños hiperactivos, pero su participación como padres no fue la requerida y el avance del niño no resultó significativo.

A partir de este momento, el grupo al que se le aplicó el programa conductual quedó integrado por 19 niños que presentaban el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Los resultados de la aplicación del cuestionario para padres, sobre las Conductas del niño en el Hogar, confirmaron que este grupo de niños presentaban algunas de las características del trastorno de déficit de atención con hiperactividad, como se demuestra en los datos concentrados en la gráfica No. 1.

Graf. No.1 Resultado del cuestionario Conductas en el Hogar.



Las situaciones conflictivas a las que se refiere el cuestionario y sus porcentajes son:

1.- Mientras juega solo	89%
2.- Mientras juega con otros niños	100%
3.- Al comer	84%
4.- Al vestirse	95%
5.- Al bañarse o lavarse	10%
6.- Mientras Ud. está en el teléfono	53%
7.- Mientras ve la T.V.	21%
8.- Cuando hay visitas en su casa	100%
9.- Cuando Ud. visita a alguien	100%
10.- En el supermercado, tienda, iglesia o restaurante	100%
11.- Cuando se le pide que haga tareas en el hogar	100%
12.- Al acostarse	100%
13.- En la combi, autobús o coche	89%
14.- Con la persona que lo cuida	32%
15.- Cuando el padre esta en casa	100%
16.- Cuando se le pide que haga la tarea de la escuela	100%

Como se puede observar, los porcentajes de los niños que presentan comportamientos conflictivos, son altos en 13 de las 16 situaciones. Aquellas en las que el porcentaje de niños fue menor al 32%, fueron en las que no había interacción con los padres, incluyendo una, en la que sí existía relación personal, pero ésta se daba con una persona diferente a los padres. Las situaciones en que los porcentajes fueron altos, es decir, entre 100% y 53%, se remitieron a aquellas en las que había una estrecha relación con los padres.

En relación al trabajo realizado con los padres, a través de las hojas de Registro Continuo de Eventos en Familia, el resultado fue productivo, ya que éste consistió en analizar con ellos, tanto las situaciones que precedieron a las conductas no-deseadas del niño, así como las actitudes y comportamientos que tuvieron como respuesta o consecuencia a esas conductas, ellos como padres, y los demás familiares.

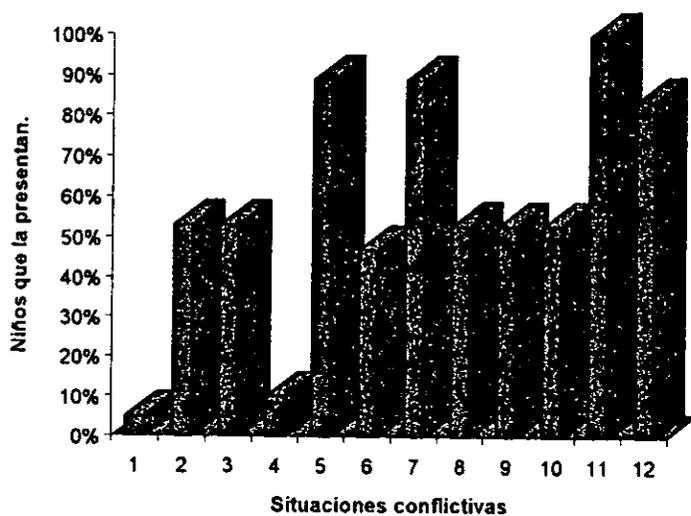
De esta forma se logró que identificaran la manera de evitar muchas alteraciones en la dinámica familiar, al seleccionar reacciones más adecuadas, en la solución de situaciones conflictivas y, a evitar también el reforzamiento de conductas indeseables. Estos aprendizajes de los padres, fueron resultado de las pláticas que se dieron en las sesiones de orientación.

Por referencia verbal de los padres de familia, con los que se llevo a cabo este programa, se concluyó que, el llegar a sus propias soluciones, participando en forma práctica y objetiva en el control de la hiperactividad de sus hijos, resultó una experiencia motivante y constructiva para ellos, que contribuyó al mejoramiento de la dinámica familiar.

Respecto al cuestionario dirigido a la maestra de grupo, sobre las Conductas en la Escuela, que permitió detectar las actividades escolares en las que los niños

presentaban mayor alteración, se observaron los resultados concentrados en la gráfica No. 2.

Graf. No. 2 Resultado del cuestionario Conductas en la Escuela.



En este cuestionario se hizo referencia a las siguientes situaciones conflictivas, con sus respectivos porcentajes:

1.- Al llegar a la escuela	5%
2.- Durante las actividades de grupo	53%
3.- Durante el juego libre dentro del salón	53%
4.- Durante los relatos en clase	10%
5.- Durante el refrigerio	89%
6.- En los pasillos o corredores	47%
7.- En el recreo	89%
8.- En el trabajo individual de escritorio	53%
9.- En los baños	53%
10.- En las salidas o visitas (al parque, al tren, etc.)	53%

11.- En festivales y presentaciones	100%
12.- En el transporte	84%

Nuevamente, se encontró que la mayoría de los niños de este grupo, presentaban un comportamiento inadecuado en 10 de las 12 situaciones cuestionadas, reafirmando que se trataba de un grupo de niños con problemas conductuales, relacionados con el déficit de atención con hiperactividad.

Se observó en estos resultados, con un porcentaje bajo de 5%, que el aspecto de adaptación al Centro de atención, estaba próximo a ser superado, dado que al aplicar el cuestionario, los niños ya habían acudido a clases por un periodo de dos meses.

Otro porcentaje bajo (10%), fue obtenido en la situación de los relatos en clase, por lo que se infirió que los niños lograban estar atentos, a lo que decía la maestra, debido a una relación personal directa, a la adaptación grupal y porque iniciaban periodos de atención más largos.

Por otro lado, estos resultados demostraron que los porcentajes altos de los niños, del 89% al 84%, los obtuvieron en situaciones de interrelación con sus compañeros de clase, como en el refrigerio o en el recreo, lo cual indicó sus alteraciones por impulsividad, hiperactividad y socialización fuera del salón de clases.

Sin embargo, en aquellas situaciones donde interactuaban todos los niños, pero con la presencia de la maestra, el porcentaje disminuyó al 53%, como en el juego libre dentro del salón o en las salidas y visitas.

En los resultados de este cuestionario se destacó que el 100% de los niños, presentaron alteraciones conductuales en las presentaciones o festivales, ante esto,

se infirió que, por efectuarse estos eventos ante los padres de familia, la causa del alto porcentaje era la inadecuada relación parental que tenían estos niños.

Durante los meses de marzo, abril y mayo de 1994, el programa se aplicó bajo los principios de la modificación conductual, tanto en el Centro de atención, como en el hogar, para llegar finalmente a los resultados que se reflejaron en el cuestionario de Observación de Conductas Hiperactivas, solicitado a padres de familia y a la maestra de grupo, en junio del mismo año, poco antes de terminar el ciclo escolar. En el transcurso de estos meses, la maestra y los padres de familia, comentaron que percibieron, en general, cambios significativos en los niños del grupo, ya que presentaron un aumento en los períodos de atención y disminución de la inquietud, sobre todo en la escuela.

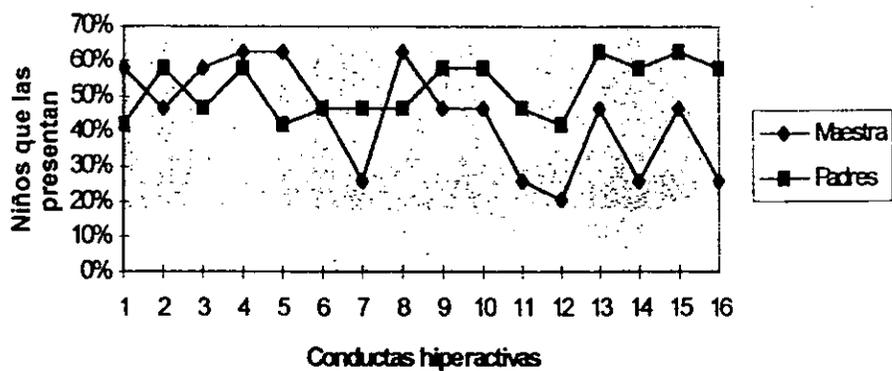
Como se muestra en la gráfica No.3, el porcentaje de niños que presentaron conductas incluidas en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, al finalizar el programa, fue menor al 63%, lo cual significó un decremento, en la cantidad de niños del grupo, que presentaban conductas conflictivas.

Las conductas hiperactivas y sus porcentajes, consideradas en este cuestionario, fueron:

	Mtra.	Padres
1.- A menudo no puede acabar lo que empieza	58%	42%
2.- Con frecuencia parece no escuchar	47%	58%
3.- Se distrae con facilidad	58%	47%
4.- Tiene dificultad para concentrarse en el trabajo escolar o en sus tareas	63%	58%
5.- Tiene dificultad para concentrarse en el juego	63%	42%
6.- A menudo actúa antes de pensar	47%	47%
7.- Cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra	26%	47%
8.- Tiene dificultad para organizar su trabajo	63%	47%

9.- Necesita supervisión constante	47%	58%
10. Hay que llamarle la atención con frecuencia	47%	58%
11.- Le es difícil esperar su turno en los juegos o en las situaciones grupales	26%	47%
12.- Corre de un lado para otro en exceso o se sube a los muebles	21%	42%
13.- Le es difícil quedarse quieto en un sitio, se mueve constantemente	47%	63%
14.- No permanece sentado	26%	58%
15.- Presenta muchos movimientos durante el sueño	47%	63%
16.- Actúa como "si lo moviese un motor"	26%	58%

Graf.3 Resultado del cuestionario Observación de Conductas Hiperactivas



Este resultado nos indicó que, para la maestra, la mayoría de los niños, en porcentajes del 47% al 63%, presentaban conductas alteradas relacionadas con el déficit de atención y la impulsividad; y que los porcentajes menores, entre el 21% y el 26%, se referían a conductas relacionadas con la hiperactividad.

Para los padres de familia, los porcentajes de los niños que presentaban conductas relativas al trastorno de déficit de atención con hiperactividad, guardaron una aproximación significativa, ya que fluctuaron entre el 42% y el 63%, abarcando sin distinción, tanto comportamientos característicos del déficit de atención, como de la impulsividad y de la hiperactividad.

Es necesario puntualizar que los resultados de los cuestionarios aplicados, son un indicador directo, que puede considerarse subjetivo, ya que se derivan de observaciones hechas por los padres de familia y por la maestra de grupo, de tal forma que quedaron sujetas a la percepción, que ellos tuvieron, de los cambios conductuales de los niños, y a los de ellos mismos. Esto nos indica que los resultados de este programa de intervención, pertenecen a una evaluación cualitativa.

El resultado oficial, al terminar el ciclo escolar 1993-1994, de acuerdo al rendimiento global obtenido por los niños, para ser enviados al nivel Primaria, fue el siguiente: 3 niños del grupo se incorporaron a la primaria regular, 2 más se integraron a la primaria con apoyo psicopedagógico en el área de aprendizaje y los 14 restantes, continuaron su tratamiento en el CAPEP, el siguiente año escolar, debido a que aún no contaban con la edad requerida para ingresar a la primaria.

Consideraciones generales sobre los resultados.-

Se percibió una mejoría significativa en la cantidad y calidad de la atención de los niños, ya que del 100% de ellos que presentaban este déficit, se obtuvo un decremento al 48%, en promedio.

Además, sobre la base de la aplicación del reforzamiento positivo de conductas, fue posible incrementar los comportamientos siguientes: pensar antes de actuar y permanecer sentado por periodos aceptables, es decir, el tiempo suficiente para comer su refrigerio, realizar una tarea individual o escuchar un cuento.

También se logró una menor incidencia en la demanda de supervisión estrecha, esto es, de un 100% de los niños que la requerían a un 48%, al finalizar el ciclo escolar. Con ese mismo porcentaje se modificó la frecuencia de llamadas de atención, por parte de la maestra, tanto porque mejoró la calidad de los trabajos, como por una adecuada relación con sus compañeros y disminución de su hiperactividad.

Por otro lado, con la extinción se obtuvo el decremento de los berrinches, los gritos, las amenazas verbales y las ofensas personales, consideradas como comportamientos disruptivos. Se observó también, que al decrementar éstas y, con el reforzamiento de conductas deseables, surgió la posibilidad de instalar y mantener otras conductas como: esperar su turno, escuchar lo que se le indica y terminar su tarea.

El castigo se fue aplicando con menor frecuencia, conforme transcurrió el tratamiento, hasta no ser necesario, excepto en el caso de un niño, que mantuvo algunas conductas agresivas en el trayecto del ciclo escolar.

Asimismo, se observó que, sobre la base de las respuestas de generalización proporcionadas por los niños, fue posible que los cambios conductuales adquiridos en la escuela, se presentaran también en el hogar. De tal forma que tanto la maestra, como los padres de familia, reportaron al término del programa, una mejoría en el nivel cognitivo conductual, que se reflejó en:

- mayor capacidad de concentración en las actividades escolares o en el juego
- intencionalidad y organización en sus tareas escolares o juegos
- terminación de las actividades que iniciaban y
- mejor comprensión de las indicaciones que se les proporcionaban, para emitir respuestas adecuadas

Los padres aceptaron las alteraciones que su hijo presentaba, conociendo y comprendiendo el problema; así, su colaboración y trabajo en el hogar resultó satisfactorio, lográndose mejorar también la dinámica familiar, en la mayoría de los casos. (Comentarios de los padres).

Los cambios logrados en el hogar, elevaron algunas respuestas de autoconcepto y autoevaluación de 12 de los niños del grupo, y también de sus madres, ya que ellas refirieron, en las sesiones de orientación psicopedagógica, que disminuyeron sus sentimientos de culpa y comprendieron que contaban con la capacidad suficiente, para resolver sus problemas familiares.

Aunque se puede hablar de cambios significativos, en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, sería inexacto decir que el programa fue exitoso, dado que los cambios conductuales percibidos llegaron a producirse en el 55% de los niños del grupo, y al finalizar el ciclo escolar, egresaron 5 niños y 14 continuaron en tratamiento. Pero cabe aclarar que, los que continuaron, lo hicieron por su edad, es decir que aún no podían ingresar a la primaria y, porque un año más de tratamiento, los favorecería, no solamente respecto a la disminución de sus comportamientos

hiperactivos, sino también respecto a la superación de otras de sus alteraciones como las de aprendizaje, lenguaje, perceptuales o coordinación visomotriz.

Para la maestra de grupo, aplicar este programa conductual implicó un gran esfuerzo, pero al término del ciclo escolar refirió satisfacción por los logros obtenidos, ya que le permitieron: el control en las actividades de aprendizaje y con ello, el avance aproximado al 90% de su proyecto de trabajo; establecer normas y disciplina elementales; aumentar y mejorar la atención de estos niños, así como, disminuir la inquietud sin objetivo y alcanzar la terminación de las tareas encomendadas a los pequeños.

Por su parte, los padres de familia también reportaron satisfacción respecto al programa conductual en el que estuvieron sus hijos, debido a los cambios obtenidos en el hogar, sobre todo por la disminución de las agresiones físicas y verbales hacia ellos; y aunque les implicó mayor tiempo y dedicación, lograron el establecimiento de normas, que repercutieron en una mayor aceptación social de sus hijos. También refirieron un aumento en la atención, en el control de la impulsividad al jugar o trabajar, y un decremento de la inquietud en general.

5. ANÁLISIS.

5. ANÁLISIS.

Las técnicas de modificación de conducta que se implementaron para el grupo de niños, que presentaban el trastorno de déficit de atención con hiperactividad en el CAPEP, produjeron cambios conductuales que cubrieron las expectativas que se tenían en el programa.

Resulta necesario aclarar que dichas técnicas, se aplicaron en forma directa y bajo la supervisión de la psicóloga, en el centro de atención, pero, en lo que se refiere al hogar, el tratamiento se llevo a cabo a través de los padres, por lo que la supervisión en este caso, fue sólo verbal y a partir de las referencias que ellos proporcionaron. En ambas situaciones los resultados fueron positivos, es decir, que se logró la disminución de algunos comportamientos inadecuados.

A partir de los resultados obtenidos, se confirmó lo mencionado en los estudios de Galindo y cols. (1980), Granell (1979) y Torres Rubio (1995), quienes a su vez, basaron sus proyectos en los puntos de vista e investigaciones de grandes autores como Skinner, Walker, Bandura, Bijou, etc., en lo referente a que, los programas de reforzamiento positivo y de extinción logran disminuir las respuestas inadecuadas, además de fortalecer respuestas deseadas, e incluso, propiciar la aparición de nuevas conductas.

En este programa conductual, se cubrieron las etapas de tratamiento individual y de intervención sobre el ambiente del sujeto, que Ribes (1972) menciona; así como los tres aspectos fundamentales de la modificación conductual que son: creación de nuevas conductas, aumento en la frecuencia de las conductas positivas ya existentes y supresión de conductas inadecuadas.

Al realizar este programa, fue posible constatar que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, conlleva un rendimiento escolar bajo, aún cuando el niño cuente con un CI normal, por lo que la estimulación múltiple grupal y la modificación de conducta, resultan un tratamiento adecuado para los niños que presentan estas alteraciones.

En el CAPEP se le concede gran importancia al diagnóstico, debido a que es la base para proporcionar a cada niño, el tratamiento que le permita sobreponerse a sus alteraciones y, aunque no es posible realizarlo como Cruickshank (1971) o Renshaw (1974) proponen, se puede considerar que el diagnóstico que se realiza en este centro de atención, cubre los aspectos más importantes que ellos mencionan, incluyendo el que los niños son atendidos por un grupo interdisciplinario.

Diamondstone (1991) comenta que, el aprendizaje de los adultos se facilita cuando son involucrados en el establecimiento de los objetivos por alcanzar; al aplicar este principio con los padres de los niños de nuestro grupo, para determinar los temas a tratar es las sesiones de orientación psicológica y los cambios conductuales que debían lograr en sus hijos y en ellos mismos, se obtuvieron resultados positivos, en cuanto a su participación, para la superación de las alteraciones que presentaban sus hijos.

Durante el trabajo realizado con los padres, se percibió la dificultad que les representaba lograr la consistencia en el establecimiento de normas y hábitos, lo cual provocaba descontrol en los niños. Esta situación se hacía evidente, al regreso de los fines de semana o en los períodos vacacionales. Pero se puede afirmar que, al menos, se logró que los padres reconocieran esa limitación y la necesidad de evitar tal inconsistencia, para interactuar mejor con sus hijos.

Se comentó en el apartado 2.5., referente al diagnóstico de este trastorno que nos ocupa, la existencia de otra alteración llamada Negativismo Desafiante, cuyos rasgos clínicos se pueden confundir, en ocasiones, con los del déficit de atención con hiperactividad, se mencionó que este término se aplica a un niño cuyos problemas son menos serios que un trastorno de conducta, pero más severos que aquellos de un niño sólo difícil de tratar. A sólo un pequeño en este grupo, se le hubiera considerado con este trastorno de negativismo desafiante, dado que su repertorio conductual incluía: negativismo, desafío, irritabilidad, agresividad verbal y física hacia los adultos principalmente y un gran resentimiento. Además del tratamiento que se le dio al menor, sus padres recibieron Terapia Familiar, pero por la severidad del caso, los avances que se apreciaron fueron lentos, y al terminar el ciclo escolar tuvo que ser canalizado a la primaria.

Por otro lado se llegó a la conclusión de que, en este tipo de centros de atención, no es conveniente formar grupos que incluyan a niños con un mismo trastorno, ya que su manejo resulta más difícil, provocando a la maestra una gran tensión y desgaste físico y mental, de tal manera que se considera más adecuado que los grupos estén formados por niños con diversas alteraciones, para una intervención pedagógica más eficiente, que permita en los niños, la compensación de habilidades y un mejor control de tareas y conductas, por parte de la maestra. A menos que, para futuros programas conductuales de intervención, se capacite ampliamente a la maestra, cuidando desde su elección para conducir al grupo, tanto como su preparación teórica, que debe ser adecuada y oportuna.

De acuerdo a la normatividad de los CAPEP, cualquier alteración psicológica que los niños presenten, deberá ser tratada con Terapia de Juego; pero haciendo una comparación con el programa conductual aplicado en el ciclo escolar 93-94, se consideró que la disminución de la hiperactividad y de la inatención fue lograda en menor tiempo. En la Terapia de Juego sólo se trabajaba con el niño, a diferencia de

como sucedió en este programa, en el que también se trabajó con los padres, lo cual contribuyó a la superación de los comportamientos inadecuados de los pequeños, tanto en el hogar como en la escuela.

En relación al objetivo del programa de intervención, el cual fue: probar si el tratamiento de los niños con déficit de atención con hiperactividad, reunidos en un grupo, resultaba más eficiente, en comparación al realizado en ciclos anteriores, se puede concluir que se obtuvo un decremento significativo de las conductas hiperactivas y de inatención, a nivel grupal, como no se había observado en pasados ciclos escolares, donde sólo se percibían algunos avances individuales entre los niños que presentaban este síndrome.

6. LIMITACIONES.

6. LIMITACIONES.

A continuación se mencionarán las limitaciones metodológicas en la aplicación de este programa conductual.

Ante la importancia de efectuar un análisis concienzudo del programa de intervención, que se implementó para estos niños con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, además de los logros, se deben mencionar también las limitaciones metodológicas en que se incurrió.

Los cuestionarios de Conductas en el Hogar y en la Escuela, aplicados al principio del tratamiento, tenían como objetivo el determinar la existencia de problemas de conducta en los niños y las situaciones en las que tales conflictos ocurrían, en el ambiente escolar y en el familiar. Por lo tanto, no estaban midiendo propiamente, conductas hiperactivas.

El cuestionario que se administró en la última fase del programa, el de observación de Conductas Hiperactivas, estuvo basado en las características del déficit de atención con hiperactividad, definido en el DSM-III-R, y aunque no las contuvo todas, contempla a la mayoría de ellas.

De forma impropia, ni los cuestionarios acerca de los problemas de conducta, ni el de conductas hiperactivas, se aplicaron antes de iniciar el tratamiento y después de él, para de esta forma, poder determinar objetivamente las modificaciones conductuales que se presentaron en los niños de este grupo.

De algún modo, los problemas de conducta que presentaron los niños, guardaban una estrecha relación con las conductas hiperactivas y las situaciones en las que

éstas se daban, pero es necesario reconocer que se incurrió en tal falla metodológica.

Aunque no se aplicaron los cuestionarios antes y después del tratamiento, sobre la base de la observación, se considera que, el hecho de que estos niños hayan presentado alteraciones conductuales en diferentes áreas, como son: relaciones interpersonales, actividades dentro y fuera del salón y conductas conflictivas (como berrinches, inquietud, malas palabras), son indicativas de la relación que existe con los comportamientos de los niños que tienen el déficit de atención con hiperactividad, en sus áreas de atención, hiperactividad e impulsividad.

A partir de los resultados obtenidos, se puede hacer referencia a otra limitación metodológica, que consistió en: no haber valorado los cambios conductuales ocurridos en el niño, respecto a la superación del trastorno, ya que la cuantificación siempre fue grupal, basada en el número de individuos que presentaban cada comportamiento. Este manejo se puede justificar, debido a que se pretendía probar que los niños con este déficit, reunidos en un grupo de tratamiento psicopedagógico, podrían superarlo con mayor eficiencia, pero es innegable que la evaluación individual, hubiera conducido a un análisis más concreto, ya que hubiera arrojado una mayor cantidad de datos y exactitud en los mismos.

El reunir a 19 niños que presentaban el déficit de atención con hiperactividad en un grupo, para colaborar en la superación de su problemática, significó para la maestra que participó en este programa, un gran esfuerzo en los aspectos pedagógico, conductual y emocional; como ya se mencionó, ésta fue una de las razones por las que se llegó a la conclusión de que no debía continuarse con este tipo de grupos y que era más conveniente seguir trabajando con grupos heterogéneos, en cuanto al tipo de alteraciones que presentan los niños. Pero al obtener resultados positivos, en la disminución de las características disfuncionales de estos niños, por medio de

sugerencias, observaciones, comentarios y la revisión de los principios del Análisis Experimental de la Conducta, realizados con la maestra, se puede concluir que, con una capacitación formal sobre técnicas de modificación de conducta, será posible obtener resultados aún más eficientes y, la posibilidad de trabajar con grupos de niños que presenten una misma alteración.

7. CONTRIBUCIÓN.

7. CONTRIBUCION.

El Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar (CAPEP) tiene como objetivo, proporcionar tratamiento psicopedagógico a niños que presentan alteraciones leves en el desarrollo, para que logren superarlas y con ello, se incorporen a la primaria regular. Como parte del equipo interdisciplinario que trabaja en este Centro de atención, para el logro de dicho objetivo, se cuenta con el psicólogo, quien ha de permanecer en la búsqueda de métodos psico-educativos eficientes.

El método utilizado en este programa de intervención, confirmó la efectividad de las técnicas de modificación de conducta, y la importancia que tuvo la orientación psicológica ofrecida a los padres de estos niños, para la aplicación de dichas técnicas en el hogar, ya que ambas contribuyeron a disminuir su déficit de atención, su hiperactividad y su impulsividad, además de mejorar la dinámica familiar.

Con este programa, en el que se trabajó con un grupo de 19 niños que presentaban el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, se considero impropio formar grupos donde todos sus elementos presenten el mismo trastorno. Por lo que, a partir del siguiente ciclo escolar, que correspondió al período 1994-1995, todos los grupos se formaron con niños que presentaban diversas alteraciones, como; bajo nivel de comprensión, atención dispersa, problemas de lenguaje, hipoactividad, deficiente coordinación visomotora, problemas perceptuales, desubicación temporo-espacial, hiperactividad o problemas psicológicos.

Para el CAPEP, este programa abrió la posibilidad de tratar a los niños con déficit de atención con hiperactividad, tanto en terapia individual, como a sus padres en orientación psicológica, situación que la normatividad de estos centros, no permitía,

ya que ésta prescribe solamente una atención, en cada área de servicio.

A partir de los resultados de este programa, se generó el interés en las maestras de los grupos de estimulación múltiple, sobre la aplicación de las técnicas de modificación de conducta en el salón de clases, las cuales son utilizadas actualmente con los niños que las requieren, solicitando la asesoría correspondiente al área de Psicología.

También se logró, a partir del programa conductual administrado a los niños y a sus padres, que la Dirección de este centro de atención, autorizara, desde el ciclo escolar siguiente al que se realizó este trabajo, en 1994-1995, que otras alteraciones psicológicas como la enuresis, hipoactividad, inseguridad, etc., también se trataran psicológicamente tanto en forma individual, con terapia de juego, como con orientación psicológica a los padres, debido a que se observaron resultados más efectivos, al involucrar a los padres de familia en el tratamiento psicopedagógico de sus niños.

Al efectuar una recopilación del programa realizado, resaltaron dos aspectos: uno, el de haber implementado un programa conductual, con el que se lograron disminuir las alteraciones que presentaba los niños con déficit de atención con hiperactividad y con ello, haber logrado cambios en el CAPEP No. 1 Morelia, para proporcionar tratamientos más eficaces y eficientes a los niños. El otro aspecto es, el compromiso de llevar a cabo futuros programas, cuidando de no incurrir en fallas metodológicas, cumpliendo con un amplio sustento teórico y aplicando conocimientos y habilidades actualizados, para beneficio de los niños.

Se considera que, en general, se adolece por falta de estudios de seguimiento en los programas, proyectos o investigaciones que se llevan a cabo en todos los ámbitos; por lo que se consideraría conveniente, realizar estudios de seguimiento de niños

sujetos a programas de modificación conductual, para conocer sus alcances a mediano y largo plazo y, de esta manera, generar más información y bases, para otras investigaciones.

Con este programa conductual para disminuir la hiperactividad en un grupo de niños que presentaban este trastorno, se pretendió contribuir, al cumplimiento del objetivo del CAPEP, que es el de que los niños preescolares superen sus alteraciones, para que puedan integrarse a la primaria regular.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Ajuriaguerra, J. (1973) Manual de psiquiatría infantil. España-México. Edit. Masson.
- Bobath y Kõng (1976) Trastornos cerebromotores en el niño. Argentina. Edit. Médica Panamericana.
- Capbell, O. A. y Figueroa, A. S. (1991) Trastorno del déficit de la atención. México. Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C.
- Cruickshank, W. M. (1971) El niño con daño cerebral. México. Trillas.
- Diamondstone, J. M. (1991) Talleres para padres y maestros. México. Trillas.
- Freedman, A., Kaplan, H. y Sadok, B. (1975) Compendio de psiquiatría. España. Salvat.
- Foncerrada, M. (1990) Síndrome de conducta hiperquinética. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Galindo, E., Bernal, T., Galgera, M. y cols. (1980) Modificación de conducta en educación especial. México. Trillas.
- Gottlieb, M. I. y Weiss, G. (1989) Child neurology and development of disabilities. USA. Edit Brooks.
- Granell, E. (1979) Aplicación de técnicas de modificación de conducta. México. Trillas.

Kanner, L. (1976) Psiquiatría infantil. Argentina. Ediciones Siglo Veinte.

Kazdin, A. E. (1978) Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas. México. Edit. El Manual Moderno.

Renshaw, D. C. (1974) El niño hiperactivo. México. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.

Ribes Iñesta, E. (1972) Técnicas de modificación de conducta. México. Trillas.

Rodriguez, M. (1988) Serie: Capacitación integral. México. Edit. El Manual Moderno.

Sarason, B. R. y Sarason, I. G. (1993) Psicología anormal. México. Prentice Hall.

Secretaría de Educación Pública (1991) Guía de observación para la detección de alteraciones en los niños preescolares. México. SEP.

Secretaría de Educación Pública (1991) Lineamientos normativos para la operación del área de Psicología en CAPEP. México. SEP.

Torres Rubio, M.E. (1995) Manejo conductual en un grupo de niños con problemas de conducta. Tesis para obtener título de Licenciado en Psicología. México. UNAM.

Uriarte, V. (1989) Hiperquinesia. México. Trillas.

Velasco, R. (1982) El niño hiperquinético. México. Trillas.

9. ANEXOS.

ANEXO No. 1
CUESTIONARIO DE CONDUCTAS EN EL HOGAR.

Nombre del niño _____

Persona que proporciona la información _____

_____ Parentesco _____ Fecha _____

El niño presenta para Ud. algún problema de conducta, en alguna de estas situaciones:

Si No Si es así, ¿qué tan severo es? Marque del 1 al 10 (de - a +)

- | | | |
|---|---------|-------|
| 1.- Mientras juega solo | () () | _____ |
| 2.- Mientras juega con otros niños | () () | _____ |
| 3.- Al comer | () () | _____ |
| 4.- Al vestirse | () () | _____ |
| 5.- Al lavarse o bañarse | () () | _____ |
| 6.- Mientras Ud. Esta en el teléfono | () () | _____ |
| 7.- Mientras ve la T.V. | () () | _____ |
| 8.- Cuando hay visitas en casa | () () | _____ |
| 9.- Cuando Ud., visita a alguien | () () | _____ |
| 10.- En el supermercado, tienda, iglesia, restaurante, etc. | () () | _____ |
| 11.- Cuando se le pide que haga tareas en el hogar | () () | _____ |
| 12.- Al acostarse | () () | _____ |
| 13.- En la combi, autobús o coche | () () | _____ |
| 14.- Con la persona que lo cuida | () () | _____ |
| 15.- Cuando el padre esta en casa | () () | _____ |
| 16.- Cuando se le pide que haga la tarea de la escuela | () () | _____ |

ANEXO No. 2

SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA CONDUCTA DE SU HIJO EN EL HOGAR.

- a) Mejor estructuración de las rutinas y actividades cotidianas mediante la fijación de horarios definidos, acompañados de límites, reglas claras y consistentes, como una forma de ayudarlos a anticipar acontecimientos.
- b) Disciplina constante y congruente, es decir, no dependiente del buen o mal humor del adulto; sin contradicciones ni malos ejemplos por parte de quienes ejercen la autoridad.
- c) Establecer un sistema de estímulos visibles, variados e inmediatos que alienten la conducta deseada y, que los castigos se apliquen en los momentos cercanos a la infracción.
- d) Asignar tareas y responsabilidades de utilidad para la familia, en las cuales el niño pueda tener éxito, ganar reconocimiento y aprecio de los demás, como por ejemplo: hacer notar si ya no hay pan, tortillas o azúcar.
- e) Fijar horarios en los que el niño tenga oportunidad de realizar actividades de su elección, sin restricciones ni intervención de adultos, tales como; mojarse en el patio, jugar con la tierra, etc.
- f) Participar con el niño en juegos de mesa apropiados para su edad o en actividades organizadas y grupales, que le ayuden a aprender a cooperar, a ganar y perder, con la intención de mejorar su socialización y adaptación.
- g) Cuando hay que poner fin a una actividad placentera, para dar paso a otra, como la hora de hacer la tarea o de bañarse, se les puede invitar a mostrar su desacuerdo, a través de medios y duración controlados, tales como: dos minutos de gritos, por ejemplo.
- h) Es muy importante evitar el "etiquetamiento" o el uso de apodosos despectivos, costumbre muy usual entre nuestras familias.

- i) El ver televisión debe ser invariablemente una actividad controlada en el tiempo, no más de una hora al día, seleccionada en la compañía de un adulto para propiciar comentarios. Debe estar prohibido ver televisión cuando se hace la tarea, al tomar alimentos o a la hora de dormirse.
- j) Evitar ir a restaurantes, cines y sitios donde se imponen restricciones al movimiento o a juegos; evitar pláticas muy prolongadas, hasta tener señales de mayor tolerancia del niño a estas situaciones.

ACTITUDES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE AYUDAN AL NIÑO CON HIPERACTIVIDAD.

- 1) Tratar de ser muy consistente con las reglas y la disciplina.
- 2) Mantener siempre la voz baja y pausada. Es normal enojarse, pero el enojo puede controlarse. Sentir enojo no significa no querer al niño.
- 3) Tratar, lo más que se pueda, de controlar sus emociones, en previsión de futuros conflictos. Reconocer y responder a cualquier conducta positiva, por pequeña que sea, provocará su repetición.
- 4) Evitar el enfoque constantemente negativo: "no hagas", "no toques", "estáte quieto", "no..."
- 5) Hacer una distinción entre el comportamiento que no te gusta, tu cariño y aceptación por el niño. Evitar el "ya no te quiero, porque te portaste mal".
- 6) Hacer una demostración de las tareas nuevas o difíciles, utilizando la acción acompañada de explicaciones cortas, claras y pausadas. Repetirlo hasta que el niño aprenda. Así se utilizan percepciones audiovisuales y sensitivas para reforzar el aprendizaje. Las huellas de memoria del niño hiperactivo toman más tiempo para formarse. Sea paciente y repita la acción.

- 7) Trata de reservarle un cuarto o una parte de un cuarto, para que sea su espacio. Evitar colores brillantes o una decoración sobrecargada. La simplicidad, poco amontonamiento de cosas y una mesa de trabajo frente a una pared en blanco, evita distracciones y ayuda a la concentración del niño. Un niño hiperactivo no puede "filtrar" por sí solo, el exceso de estímulos.
- 8) Hacer una sola cosa a la vez; dele un solo juguete que saque de una caja cerrada; limpie la mesa de cualquier otra cosa, cuando lo ponga a iluminar o a hacer la tarea. Así ayuda a que se enfoque en la tarea principal.
- 9) Atender a las señales que anuncian una próxima explosión. Procurar intervenir serenamente para evitar la crisis, distrayendo al niño o discutiendo el problema con calma. A veces es oportuno retirarlo de la zona del problema y llevarlo a su cuarto durante algunos minutos.
- 10) Limitar sus compañeros de juego a uno o dos cuando más, ya que el niño es muy excitable, y es más conveniente que juegue en su casa o bajo supervisión.
- 11) Administrar las dosis de medicamento que se le indicaron con regularidad. Observar y recordar sus efectos en el niño, para informárselos al médico.
- 12) Comentar abiertamente con el médico sus temores acerca del uso de los medicamentos.
- 13) Supervisar siempre la administración del medicamento, aún si es una rutina que se sigue durante años.
- 14) Comparta con la maestra de su niño las "ayudas o claves" que le hayan dado resultado.

ANEXO No. 4

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS EN LA ESCUELA.

Nombre del niño _____

Nombre de la maestra _____

Edad _____ Fecha _____ Grupo _____

El niño presenta para Ud. algún problema de conducta, en alguna de estas situaciones:

Si es así, ¿qué tan severo es? Marque del 1 al 10 (de - a +)

	Si	No	
1.- Al llegar a la escuela	()	()	_____
2.- Durante las actividades de grupo	()	()	_____
3.- Durante el juego libre dentro del salón	()	()	_____
4.- Durante los relatos en clase	()	()	_____
5.- Durante el refrigerio	()	()	_____
6.- En los pasillos o corredores	()	()	_____
7.- En el recreo	()	()	_____
8.- En el trabajo individual de escritorio	()	()	_____
9.- En los baños	()	()	_____
10.- En las salidas o visitas (al parque, al tren, etc.)	()	()	_____
11.- En festivales y presentaciones	()	()	_____
12.- En el transporte	()	()	_____

Comentarios

ANEXO No. 5

CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS HIPERACTIVAS.

Nombre del niño _____

Persona que proporciona la información _____

_____ Fecha _____

Por favor marque con una "X" las características que el niño presente.

- 1.- A menudo no puede acabar lo que empieza ()
- 2.- Con frecuencia parece no escuchar ()
- 3.- Se distrae con facilidad ()
- 4.- Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en sus tareas ()
- 5.- Tiene dificultad para concentrarse en el juego ()
- 6.- A menudo actúa antes de pensar ()
- 7.- Cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra ()
- 8.- Tiene dificultad para organizar su trabajo ()
- 9.- Necesita supervisión constante ()
- 10.- Hay que llamarle la atención con frecuencia ()
- 11.- Le es difícil esperar su turno en los juegos o en las situaciones grupales ()
- 12.- Corre de un lado para otro en exceso, o se sube a los muebles ()
- 13.- Le es difícil quedarse quieto en un sitio, se mueve constantemente ()
- 14.- No permanece sentado ()
- 15.- Presenta muchos movimientos durante el sueño ()
- 16.- Actúa como "si lo moviese un motor" ()