

121
2 ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Actitudes de un Grupo de Madres Hacia sus Hijos
Hiperkinéticos**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
Licenciado en Psicología

P R E S E N T A:
EVERARDO NOGUEZ CORONA

México, D. F.

1985



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.

INDICE

Página

INTRODUCCION

I

PRIMERA PARTE MARCO TEORICO

CAPITULO 1	SINDROME HIPERKINETICO CONCEPTOS GENERALES. DEFINICION. ANTECEDENTES CAUSAS. SINTOMATOLOGIA. DIAGNOSTICO (PSICOLOGICO, MEDICO, EDUCATIVO Y SOCIAL). TRATAMIENTO MULTIDISCI PLINARIO. PRONOSTICO. - - - - -	1
CAPITULO 2	ACTITUDES DESARROLLO HISTORICO. DEFINICION. CONCEPTOS RELACIO NADOS. DETERMINANTES. COMPONENTES. FUNCIONES. TECNI CAS DE MEDICION Y ELABORACION DE ESCALAS DE ACTITUD. - -	31
CAPITULO 3	EDUCACION ESPECIAL ANTECEDENTES. EL CREE DE DURANGO, SERVICIOS QUE PRO PORCIONA. FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA. - - -	46

SEGUNDA PARTE INVESTIGACION REALIZADA

CAPITULO 4	METODOLOGIA PLANTEAMIENTO. PROBLEMA. HIPOTESIS. VARIABLES. METODO PROCEDIMIENTO. DISEÑO ESTADISTICA. - - - - -	54
CAPITULO 5	ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS. COMPROBACION DE HIPOTESIS. - - - - -	72
CAPITULO 6	CONCLUSIONES. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES - - - - -	97
	BIBLIOGRAFIA. - - - - -	103
	APENDICES. - - - - -	104

INTRODUCCION

El término "síndrome hiperkinético" se adjudica a la conducta de un niño cuando presenta tres o más de los indicadores siguientes: hiperactividad, inatención, irritabilidad, impulsividad, incoordinación motora, disforia, desobediencia patológica o trastornos del aprendizaje.

Diversos investigadores han buscado localizar su base física, describir las alteraciones funcionales asociadas que aparecen en la corteza cerebral y el área periférica, realizando clasificaciones en base a sus síntomas y haciendo diagnósticos diferenciales de enfermedades que se le parecen.

Para su aparición se presume la existencia de una disfunción cerebral aunque no haya evidencia de una lesión cortical. Se sabe que algunas anomalías durante el embarazo o el parto o durante la primera infancia pueden originarlo. Incide más en varones de cualquier raza y se diagnostica principalmente en preescolares y niños de primero y segundo grado de primaria. Es cierto que muchos de estos niños presentan una "reacción tranquilizante" al administrarles un estimulante.

El presente trabajo trata acerca de la actitud que presenta un grupo de madres hacia sus hijos hiperkinéticos y que se investigó a través de una escala de actitudes tipo Likert y un cuestionario de conocimientos sobre el tema. Se aplicaron a 64 sujetos durante el Piloteo en el Distrito Federal y a 48 Sujetos en la etapa final en el Centro de Rehabilitación Especial de Durango (CREE). La confiabilidad se obtuvo a través de la prueba de Cronbach y la validez

con la prueba de "t" de Student.

Los resultados indican que la educación y los conocimientos sobre el tema que posea la madre y el nivel intelectual del niño hiperkinético tienen mayor influencia sobre la favorabilidad en la actitud de la madre que la edad de ésta. Es decir, es más probable que las madres tengan una actitud más favorable hacia sus hijos cuando son mayores sus conocimientos sobre el fenómeno, su escolaridad y la capacidad mental del niño, independientemente de la edad que tenga la madre.

Se plantearon cuatro hipótesis de trabajo cuya valuación se realizó a través de χ^2 cuadrada. Las hipótesis de trabajo relativas a conocimientos de la madre y nivel intelectual infantil se aceptaron a un 0.01 de significancia. La hipótesis de trabajo referente a la escolaridad materna se aceptó a un 0.001 de significancia. La hipótesis de trabajo relativa a edad materna se rechazó a un 0.05 de significancia por un punto de diferencia; quizá con una muestra mayor sea posible aceptarla o se confirme el rechazarla a un nivel de significancia mayor.

Se encontró mayor frecuencia de varones, con edad entre 8 y 10 años, un registro electroencefalográfico (EEG) anormal y con un año de retraso escolar. La mayoría presentó entre 3 y 5 síntomas de los que confrontan el síndrome; con mayor frecuencia se detectó hiperactividad, problemas de aprendizaje, agresión e inatención; datos similares reporta Koppitz en 1976 y Sandberg en 1980.

En virtud de que estos niños presentan alteraciones múltiples, más de la mitad de los niños seleccionados en la aplicación final estaban en tratamiento médico con uso de Ritalin, Diazepam y Melleril. Esta situación pudo influenciar los

datos obtenidos al registrarse mayor cantidad de actitudes po sitivas que negativas en las madres participantes.

Se sugiere que se realicen estudios que investiguen las actitudes de los padres de estos niños y se comparen con las actitudes maternas, usando también otro tipo de instrumentos como cuestionarios y entrevistas periódicas.

PRIMERA PARTE.

MARCO TEORICO.

CAPITULO I.
SINDROME HIPERKINETICO.

1. CONCEPTOS GENERALES.

Existen muchas anécdotas, cuentos y leyendas sobre pequeños que siempre están en dificultades. Que siempre se mantienen activos y en constante acción; pero que no logran convertirse en pequeños héroes, debido a su conducta destructiva.

Estas descripciones parecen referirse a los niños que presentan el "síndrome hiperkinético".

El término "síndrome hiperkinético" plantea una serie de cuestiones sobre su significado y aplicación al describir cierto tipo de alteraciones en la conducta y que involucra el proceso de atención profesional que desencadena su posible aparición.

Para aclarar estas dudas y ubicar la importancia de la participación psicológica en el tratamiento multidisciplinario de este fenómeno, se anotan a continuación datos recientes aportados por enfoques médicos, sociales y psicológicos.

2. DEFINICION.

Es necesario indicar que existen alrededor de 38 nombres en la nomenclatura internacional para hacer referencia a los aspectos bioquímicos, académicos y de desarrollo psicomotor de

este trastorno, lo cual ha creado una confusión al tratar de usar correctamente uno de ellos. Cruickshank (1) menciona los términos: "impedimento neurológico mínimo", "síndrome coreiforme", "hipercinemia de Vermont rural", "Corea de Sydenham" y "niño hiperactivo".

En la literatura médica es frecuente encontrar cualquiera de los términos siguientes: "síndrome de daño cerebral mínimo", "lesión cerebral" o "disfunción cerebral mínima". Cada uno de los tres presenta bases específicas que los justifican y, puesto que aun en estudios psicológicos se han adoptado, es conveniente describir sucintamente los factores que los apoyan.

El término "daño cerebral mínimo" supone un deterioro anatómico en la corteza cerebral, que se refleja en un registro electroencefalográfico alterado y que afecta los procesos de pensamiento, aprendizaje y ejecución motora del niño. Si el registro electroencefalográfico no es posible de obtener o no aparece una alteración importante, el uso de esta denominación se descarta.

Cuando se obtienen signos neurológicos ligeros (2) o antecedentes de posibles accidentes cráneos durante el embarazo, el parto o la primera infancia (3) se aplica el nombre de

-
- 1) Cruickshank, William M.: "El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad", Ed Trillas, México, 1976, pag. 52.
 - 2) Ejemplos de signos ligeros son: la incapacidad para reconocer con los ojos cerrados, objetos colocados en la palma de la mano o identificar letras trazadas con el dedo sobre la espalda del evaluado.
 - 3) La lesión cerebral o el daño cerebral puede causarse por malformación congénita, asfixia y tumores, entre otras.

"lesión cerebral", ya que se supone que existe un defecto en el tejido cerebral.

Se prefiere denominar como una "disfunción cerebral mínima" (DCM), al funcionamiento alterado cuya existencia se especula deriva de: a) ligeras lesiones corticales, b) de lesiones microscópicas dispersas o c) de una inmadurez en los tejidos cerebrales por prematura mielinización del Sistema Nervioso y que no se evidencia en el diagnóstico médico, al suponerse que aparece la disfunción aun cuando no exista una lesión verdadera o el daño en el tejido no es extenso.

El uso de estos términos se basa en el diagnóstico médico y no se justifica su uso en estudios psicológicos, puesto que no hacen referencia a alteraciones observables de la conducta infantil. El interés por parte de los psicólogos hacia este fenómeno es relativamente reciente y en ocasiones se hace referencia a él en base a uno de sus síntomas: la hiperactividad. Cabe indicar que esta conducta en ocasiones es parte del desarrollo normal del niño; en nuestra investigación, la hiperactividad forma parte de un cuadro patológico, al que se denomina con mayor exactitud como "síndrome hiperkinético".

"Síndrome", se refiere al conjunto de características que conforman un fenómeno. "Hiperkinesia" se forma con las raíces griegas hiper (elevado, excesivo) y kinesia (movimiento). Etimológicamente se traduce como "el conjunto de características observables de una enfermedad, uno de cuyos síntomas es la actividad motora excesiva.

La Asociación Americana de Psiquiatría en 1968 lo define como un trastorno caracterizado por hiperactividad, inquietud, distractibilidad y poca capacidad de atención, presente en ni

ños pequeños y que mejora con la adolescencia" (4).

El término "síndrome hiperkinético" se aplica cuando aparecen tres o más de los factores que se mencionan en la sección de "Síntomatología" y, se refiere, al registro objetivo de un comportamiento alterado que abarca el conjunto de signos y síntomas que se obtienen del diagnóstico interdisciplinario. Aunque no se presenten todos los síntomas en cada caso y la aparición de tres de ellos asegura el diagnóstico en sus manifestaciones ligeras.

3. ANTECEDENTES.

Velasco (5) menciona que Strauss en 1947 realiza la primera descripción clínica completa de esta alteración. Y que descripciones previas de fenómenos similares fueron hechas por Boumevill en 1897; G.F. Still en 1902; Jacobson y Wallon en 1925 y, Kahn y Cohen en 1934, quienes mencionan síntomas como hiperactividad, incoordinación motora y distractibilidad.

Egaugh en 1922 indica que la Encefalitis y los traumas durante el parto pueden causar hiperactividad; en 1940 Heinz Werner y Alfred Strauss investigan las características psicológicas y educativas de estos niños.

Lurie (6) supone que las causas principales del síndrome

-
- 4) Renshaw Domeena: "El niño hiperkinético", Ed. Prensa Médica Mexicana; México, 1977, Cap. 1.
 - 5) Velasco Fernández Rafael: "El niño hiperkinético. Los síndromes de Disfunción Cerebral". Editorial Trillas; México, 1979, págs. 24 a 26.
 - 6) citado por Velasco, op. cit. pág. 20.

se deben a cambios estructurales y funcionales del cerebro, rechazando las explicaciones psicoanalíticas que atribuían a las represiones, frustraciones, rechazos y sentimientos hostiles como causales del fenómeno.

Su diagnóstico varía entre un cuatro y un diez por ciento entre niños en edad escolar, aunque las prácticas diagnósticas muestran marcadas diferencias entre un 30% y un 40% en Estados Unidos (Safer & Allen, 7) ante un 1.5% en Inglaterra (Rutter, 1981). En México se carecen de datos suficientes que indiquen cifras definitivas sobre su aparición; en 1972, Ruíz Castaño (8) menciona un 22% ante un 8.1% encontrado por Barriga (9) en 1983 y por Chavez Olvera (10) en 1976.

Lo que es evidente, es la proporción de 4 a 1 en la frecuencia de aparición entre niños y niñas, que indica claramente la influencia del sexo en la reacción hiperkinética y que Renshaw (11) describe como "una situación paralela a la que se ha observado en otros trastornos psiquiátricos de la niñez". Esta influencia del sexo puede implicar factores genéticos causales.

-
- 7) Safer & Allen: "Hyperactive children: Diagnostic and treatment", Acad. press, 1976.
 - 8) Ruíz Castaño, G: "Uso de Carbamazepina (tegretol, Geigy), en niños con trastornos de la conducta", separata de la Prensa Médica Mexicana, año 37 núm 5-6: 215-220, 1972, Jun.
 - 9) Barriga, Vázquez Francisco y cols: "Síndrome de Disfunción Cerebral". Centro interdisciplinario de Ciencias de la Salud. SEP/IPN, Mazatlán, Sin; México, 1977. Primera Conferencia Nacional de Salud.
 - 10) Chavez Olvera y Ruíz O.: "Hiperactividad". Revista Sanidad Militar, Vol 30, núm 3, México (May-Jun) 1976.
 - 11) Renshaw, C., Domeena, op. cit.

Como se indicó antes, al parecer su aparición es similar en todas partes, ya que las diferencias encontradas se deben más bien a las técnicas de diagnóstico empleadas y no atribuibles a factores raciales.

4. CAUSAS.

Existen teorías que atribuyen la alteración a factores orgánicos y funcionales o bien a causas medioambientales. Lo cierto es que, los datos encontrados hasta hoy son insuficientes para adoptar una posición definitiva.

El Instituto Nacional de Estudios Neurológicos y de la Ceguera, La División de Enfermedades Crónicas del Servicio de Salud Pública y, La Sociedad Nacional para Niños y Adultos Invalidos, son organizaciones norteamericanas que proponen que las causas de la hiperkinesia pueden ser múltiples; ya sean anomalías genéticas, bioquímicas, lesiones cerebrales, alteraciones perinatales o sociales; observaciones con las que está de acuerdo el autor.

Marosi (12) hace una amplia revisión de las principales teorías que tratan de encontrar la etiología del síndrome; Sandberg (13), Coleman (14) y Shaffer (15) presentan también análisis importantes; un resumen de los principales postulados explicativos es el siguiente:

4.1. Teorías que suponen a la hiperkinesia causada por factores orgánicos debidos a una "disfunción cerebral" o a una "lesión cerebral" durante el periodo natal causada por:

- factores prenatales que aparecen en un 10% y un 15% en niños con daño cerebral, como padecimientos infecciosos durante el embarazo, la anoxia (asfixia) intrauterina y la exposición severa a rayos "X".
- anoxia neonatal, uso de sedantes, aplicación deficiente de fórceps y parto prolongado que ocurre entre un 70% y 80% de los casos de daño cerebral.
- factores postnatales debidos a enfermedades infecciosas en los primeros meses de vida como sarampión, escarlatina y meningo-encefalitis, presentes en un 10% de los casos de daño cerebral.

En apoyo a esta teoría, Marosi menciona investigaciones que han encontrado hiperactividad al provocar asfixia en monjes

-
- 12) Marosi, H. Erzebet: "Posibilidades de Electrodiagnóstico en la Hiperkinesia". Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM, 1981, pp 7 y +.
 - 13) Sandberg, Seiga T.; Wieselberg, M & Shaffer, D.: "Hyperkinetic and Conduct Problem Children in Primary School Population: some epidemiological considerations. J. Child. Psychol. & Psychiatry, Vol 21, 1980.
 - 14) Coleman, James C.: "Hyperactive reaction". Abnormal Psychology and Mother Life. 5th ed. Scott, Foresman & Co. 1976.
 - 15) Shaffer, D. & Greenhill L.: "A critical note of the Predictive validity of 'The Hyperkinetic Syndrome'". J. Child. Psychol. & Psychiatry, Vol 20: 61-72 (GB), 1979.

(Sechzer, 1973), lesionar ratas (Branchbill, 1979), encontrar plomo en niños (Clark, 1976) y analizando los efectos del tabaquismo materno durante el parto (Denson, 1976).

Se cuestiona que estos mismos factores (complicaciones perinatales tóxicas o traumáticas y lesiones cerebrales) ocasionan daño cerebral que no necesariamente afecta la conducta, además de que se presentan en una frecuencia similar en la población normal.

4.2. Trastornos bioquímicos se han encontrado asociados con hiperkinesia como la liberación de noradrenalina en ratas (Lgssen, 1974), la disminución de Dopamina (Green, 1974; Jacobs, 1975), un desequilibrio en las catecolaminas de los neurotransmisores (Sroufe, 1975) y en la alteración del metabolismo de las monoaminas (Wender, 1974).

4.3. También se ha postulado que las descargas convulsivas pueden originarlo basándose en dos elementos: que los niños epilépticos tienen como problema secundario hiperactividad y que el 23% de los electro-encefalogramas de niños hiperkinéticos presentan paroxismos anormales, tal como lo anota Woodruff en 1975.

4.4. Trastornos en el metabolismo de la glucosa se han encontrado también asociados al síndrome en cuestión. Buckley (1977) y Powers (1975) mencionan que la cafeína combinada con azúcar incrementa la insulina y afecta la atención del niño con los consecuentes problemas de aprendizaje y motilidad.

Levy (16) y O'Banion et.al. (17) encontraron resultados favorables al regular la dieta de estos niños disminuyendo grasas, glucosa y pintura artificial bajo las dietas de Kaiser y de C. H. Goyette.

4.5. La hiperkinesia se ha postulado como un fenómeno debido a un desarrollo lento, comparable al rendimiento y funcionamiento de niños de menor edad.

Oettinger (citado por Marosi) midió radiográficamente los huesos de la muñeca y la mano de niños hiperkinéticos de 8.5 años, encontrando que eran equivalentes a las radiografías de niños de menor edad. Prawath (18) y Deihel (19) indican que niños hiperkinéticos de mayor edad tienen una retención mnémica más pobre que los de menor edad y que el material recordado abarca con frecuencia datos irrelevantes.

A pesar de que muchos autores creen que la hiperactividad y los demás síntomas desaparecen con la edad, Weiss (1978) indica que sólo desaparecen o disminuyen las conductas hiperactivas; persistiendo el bajo rendimiento, la baja autoestima y la depresión.

4.6. Factores orgánicos menores como los movimientos en espejo, los movimientos oculares conjugados, las fallas en lateralidad (Friedman, 1974; Ayres, 1977) son comunes en estos ni

16) Levy, F; Hobbes G.: "Hyperkinesia and diet: A replication study". Amer. Journal of Psychiatry. 1978, Dec., Vol. 135 (2): 1559-1560.

17) O'Banion, D; Armstrog, B; Cummings, R.L.: "Disruptive Behavior: a dietary approach", J. of Autism & Developmental Disorders, 1978, Sep. Vol 8(3): 325-337.

ños. Pero no se ha encontrado que sean específicos de esta alteración.

4.7. Factores hereditarios como el alcoholismo, la diabetes, y los desordenes psiquiátricos de la madre han sido correlacionados con hiperkinesis. Morrison y Stewart (1974) encontraron condiciones psiquiátricas en ambos lados de la familia de estos niños y un porcentaje elevado de hiperactividad temprana en los padres.

A pesar de lo anterior, no se ha demostrado un efecto diferencial de estos factores como principales elementos causales, aunque la proporción de aparición en cuanto a sexo (más hombres que mujeres) apoya la posibilidad de una etiología a nivel genético del síndrome (Cantwell, 20).

El Doctor Barriga indica que el factor genético es responsable en un 35% de los casos de niños con Daño Cerebral y que en México se ha encontrado un porcentaje mayor atribuible a este factor (21).

4.8. Factores sociales como posible influencia causal (inadecuado manejo familiar, excesiva afectividad, abandono y ri-

-
- 18) Prawath, D.: "Constructive Memory of Normal and Learning Disabled Children", Psychological Reports, 1977 (Oct) #41.
 - 19) Deihel and Friedmann: "Selective Attention in Children with Learning Disabilities", Perceptual and Motor Skill, 1976 (2), pp 675-578.
 - 20) Cantwell, D.: "Genetic Factors in the hyperkinetic Syndrome", J. Amer. Academic. Child. Psychiat. Vol 15: 214-223, 1976.
 - 21) Barriga, Comunicación Personal, 1983.

ñas familiares: Morrison, 1979) se han asociado con el síndrome.

Situaciones aversivas (Bari Kolota, 1976; Bourne K, 1980), elevada autocrítica paterna, escasa paciencia materna (Walley-Klahn, 1977), evitación perpetua para disminuir posibilidades de fracaso (Ross y Ross, 1976), son otras de las variables asociadas con la hiperkinesis.

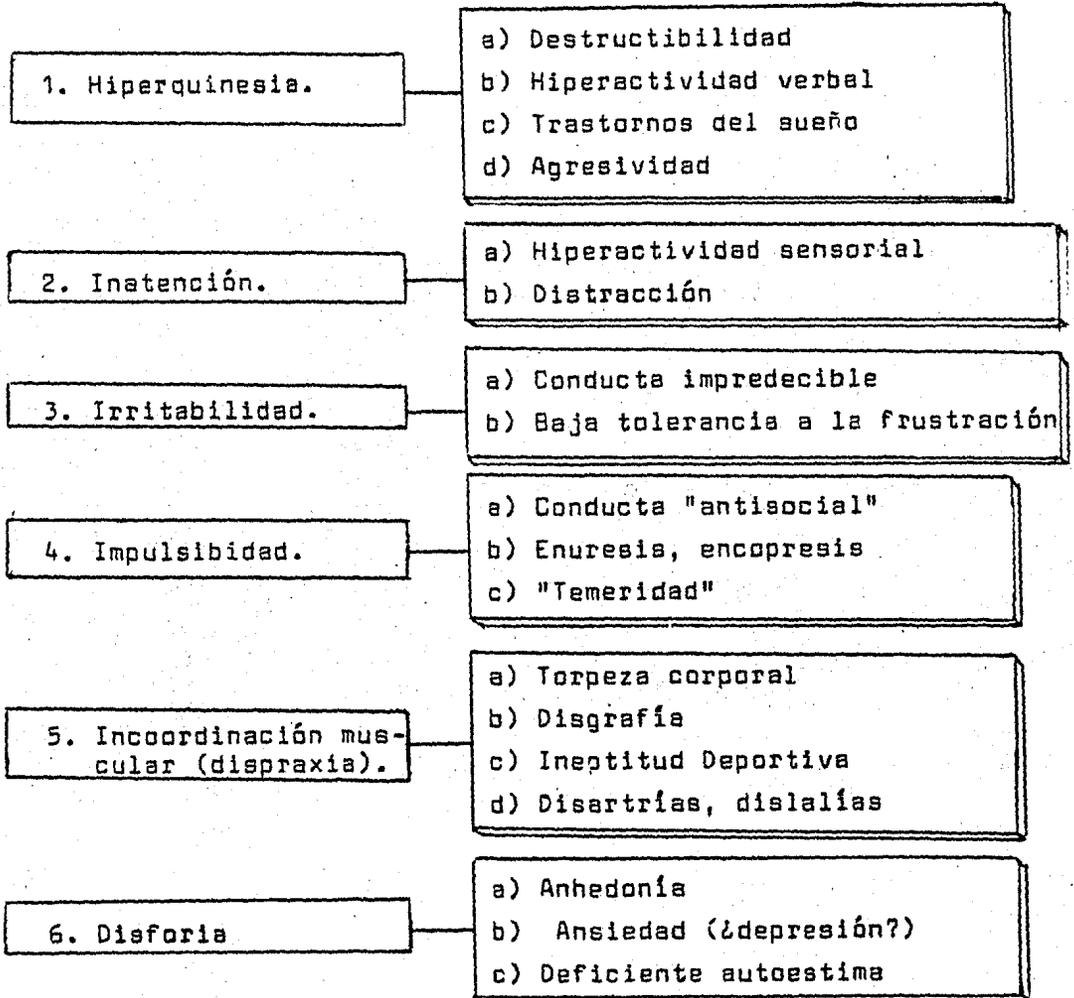
La predisposición a acciones criminales o psicópatas en la edad adulta ha sido cuestionada por Weiss (1971) y Borland (1976), quienes no encuentran diferencias significativas entre los compañeros de trabajo y las personas diagnosticadas como hiperkinéticas en la infancia respecto a dicha predisposición.

Comentario: En las teorías presentadas aun no hay un acuerdo sobre la etiología real del síndrome, pues se desconocen con certeza los principales elementos que provocan el fenómeno. Cabe aclarar que los estudios citados se han enfocado principalmente a investigar la hiperactividad y escasamente mencionan a los demás elementos que conforman el cuadro.

5. SINTOMATOLOGIA.

No existe una sola característica que por sí sola indique que se trata de un caso de hiperkinesis. Para efectos del presente estudio, sólo se hace mención de los síntomas que se han asociado para componer el cuadro clínico.

Velasco (22) agrupa estos síntomas en siete apartados descriptivos con fines didácticos. Este cuadro descriptivo ha sido adoptado en la Guía de Diagnóstico del Síndrome Hiperkinético por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (23).



22) Velasco, op.cit., pp 24 a 26.

23) Instituto Mexicano de Psiquiatría: "Problemas Comunes de Salud Mental: Guías para su atención". Vázquez López-Guerra Armando, 3a. edición, México, 1981, pp 121-123.

7. Desobediencia patológica

- a) Incomprensión de órdenes
- b) Repetición de la falta
- c) Incomprensión del castigo

8. Trastornos del Aprendizaje

- a) Problemas visomotores, dislexia
- b) Disociación figura-fondo
- c) Inversión del campo visual
- d) Perseverancia
- e) Memoria deficiente
- f) Pobre imagen corporal

El cuadro sintomático se ha puesto en entredicho debido a que niños con problemas únicamente de conducta han sido incluidos, identificándolos como hiperkinéticos y que, niños con una "hiperactividad pura" no sean referidos por no mostrar otros problemas de conducta.

6. DIAGNOSTICO.

Para recabar la información fundamental que define la sintomatología del síndrome hiperkinético se recurre a la evaluación interdisciplinaria que comprende los aspectos médico, social, psicológico y pedagógico. Cabe señalar que no existen aun normas fijas para un diagnóstico temprano, además de que la población que presenta hiperkinesia no es homogénea, ya que en ocasiones son reportados por un retraso escolar o por una excesiva movilidad dentro del aula.

A continuación se presentan algunos indicadores relevantes que se han encontrado:

6.1. Aspecto social. Koppitz (24) encuentra con mayor frecuencia: a) abandono precoz severo en un 23%, b) privación física o mental actual en un 14% de los casos, c) hogar inestable en un 37% y d) hogar adoptivo en un 10% de los casos investigados.

Estos datos son sólo indicadores de lo que ocurre en la realidad, pues muchos padres se niegan a proporcionar información o la distorcionan. Los datos sugieren que la presencia de un niño hiperkinético altera las relaciones intrafamiliares y sociales de quienes lo rodean, incrementando las actitudes negativas hacia él. Quizá a ello se deba la correlación encontrada por Wolff (25) y Stewart (26) respecto a los frecuentes desordenes sociopáticos y antisociales de los padres.

El nivel social no influye para su aparición (Renshaw, 1977), aunque Cantwell (27) reportó mayor frecuencia en niveles bajos. La incidencia de 4 a 1 entre niños y niñas sugiere que tal vez sea un trastorno genético ligado al sexo, el cual se diagnostica en general entre los cinco y doce años de edad,

-
- 24) Koppitz, Elizabeth: "Niños con dificultades de aprendizaje. Un estudio de seguimiento de 5 años de duración". Editorial Guadalupe; Buenos Aires, 1976.
- 25) Wolf, S. & Acton, W P.: "Characteristics of parents of disturbed children". Brit. J. Psychiat. # 114: 593-601, 1968.
- 26) Stewart, Mak A.; Deblois, S; Cummings, C.: "Psychiatric disorder in the parents of hyperactive boys and those with conduct disorder", J. Child. Psychol & Psychiat. Vol 21: 283-292, 1980 (GB).
- 27) Cantwell, D.P.: "Psychiatric illness in the families of hyperactive children". Arch Gen Psychiatry 27: 414-417, 1972.

Morrison (28).

6.2. Aspecto Educativo. Se observa que la mayoría de los niños hiperkinéticos entre seis y nueve años están funcionando uno o dos años por debajo del nivel académico esperado (Noverola, 29).

6.3. Aspecto Psicológico. Los datos obtenidos indican que un 70% de estos niños muestran una disfunción específica en la percepción visomotora o inmadurez respecto a su edad cronológica (Padilla, 1975; Zaragoza, 1976).

Típicamente se les ubica en la mitad inferior del rango promedio de capacidad intelectual, con una media de 92 y dispersión entre 80 y 98. En WAIS obtienen un rendimiento verbal inferior al ejecutivo (Clements y Patters; Noverola).

Los registros de su conducta reportan con mayor frecuencia: inquietud e hiperactividad en 91%; baja tolerancia a la frustración en 58%; explosividad en 43% y ansiedad en 42%.

Se estima que un 33% es agresivo y el 32% busca llamar la atención; el 18% presenta conductas rebeldes y el 10% conductas delictivas. El 18% presenta retraimiento y un 14% manifiestan problemas somáticos o manierismos nerviosos; no menos del 10% muestran conductas de tendencia esquizoide (Koppitz; Yellin, 1978; Marosi, 1981).

-
- 28) Morrison, J.R.; Stewart M.A.: "A family study of the hyperactive child syndrome". Biol. Psychiatry No.3: 189-195, 1971.
- 29) Noverola Mondragón, Martha: Factores psicológicos en el DCM como coadyuvante de reprobación escolar. Estudio con WISC y Bender para niños pequeños. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, México, 1976.

No existe una conducta típica del síndrome y pueden presentarse varios tipos de conductas al mismo tiempo. Un niño puede ser explosivo, agresivo y rebelde o desplegar tensión estando en un asiento al mismo tiempo que se tira del pelo. Puede desempeñarse con tranquilidad y atención, a veces mucho mejor que niños normales (Ross y Ross, 1976; Právath, 1977).

6.4. Aspecto Evolutivo y Médico. Los diagnósticos de niños hiperkinéticos de menor edad se basan en exámenes médicos y psiquiátricos completos que reportan una "lesión cerebral" o una "disfunción cerebral mínima". A los niños entre 9 y 12 años se les diagnostica generalmente "perturbaciones emocionales", ya que muchos de los signos orgánicos leves mejoran con la edad y sus EEG son frecuentemente negativos. Es de notar que las pautas evolutivas de los niños hiperkinéticos son similares en los menores como en los de mayor edad. Seis factores evolutivos y médicos se consideran relevantes en el diagnóstico de la hiperkinesis:

- 1) Trauma prenatal y/o de nacimiento, presente en un 27% (Denhoff et. al., 1970).
 - 2) Desarrollo inmaduro o disparejo en 28%,
 - 3) Enfermedad o accidente serio detectado en un 23%,
 - 4) Disfunción cerebral o lesión cerebral en un 45% de los casos (Koppitz),
 - 5) Evolución lenta, sin porcentaje reportado y,
 - 6) Electroencefalograma anormal (30) obtenido entre 12% y 40% de acuerdo a Marosi y Wender.
-
- 30) La principal variación localizada en registros de EEG de hiperkinéticos es la inmadurez electroencefalográfica, consiste en un aumento global en la actividad "theta", más una excesiva respuesta a la hiperventilación, asociada con frecuencia a un ritmo de fondo occipital; ritmo ligeramente más lento que el normal: Hernández V, Carlos: HIPERACTIVIDAD. Rev. Clínica de la Conducta, Méx. 1972, Vol 1, # 2.

Al igual que los síntomas conductuales e intelectuales, los factores médicos rara vez se presentan aislados y tampoco existe una pauta médica o evolutiva "típica". Un niño pudo haber experimentado complicaciones al nacer, desarrollarse lentamente y tener un diagnóstico posterior de DCM. Otro niño pudo presentar un caso serio de sarampión, registrando un EEG anormal y no evidenciar signos neurológicos leves.

Haciendo un análisis de las características anotadas por separado, se puede indicar que:

Ningún niño hiperkinético presenta un solo problema de conducta; apareciendo juntas dos o más alteraciones conductuales; aunque difieren marcadamente entre sí. Asimismo, se indica que la mayoría son varones entre seis y once años.

Generalmente presentan pobre integración, deficiente percepción visomotora y tienen débiles controles internos. Tienden a ser inquietos, ansiosos y tener baja tolerancia a la frustración. A menudo su rendimiento escolar está por debajo del nivel esperado en uno o dos grados. Su capacidad mental generalmente los ubica en el rango inferior de inteligencia normal. Es probable que se les detecte una disfunción cerebral mínima y que se enfrenten a un medio familiar inestable.

Como se anotó, todos estos niños tienen dificultades múltiples y complejas, por lo cual, requieren tratamiento y ayuda en muchas áreas.

6.5. Trastornos similares.

Hiperactividad normal: aparece entre los dos y cinco años de edad; indica un desarrollo y crecimiento normal a medida que madura el Sistema Nervioso y que se observa con movimientos constantes de brazos y piernas y frecuentes respuestas perceptuales y táctiles al relacionarse el niño con el medio ambiente.

Hiperansiedad: es una pseudo-hiperkinesia específica de ciertos lugares y ambientes; se manifiesta con agitación, lloriqueo, berrinches, tics, fobias y retraimiento; ejemplo de ella es la hiperansiedad del niño al ingresar a la escuela y tener que separarse de su madre.

Hiperactividad psicótica: se presenta como un comportamiento extraño e incomprensible, con movimientos estereotipados y repetitivos incontrolados y que se diferencia de la hiperkinesia porque aquella muestra escasa interacción social.

En ocasiones niños deficientes mentales muestran comportamientos perseverantes y escasa atención pero no excesivas respuestas motoras; lo cual los descarta como hiperactivos.

Una reacción agresiva antisocial con hiperactividad, violencia y destructibilidad dirigidas hacia un propósito específico, de niños que no presentan distracción o signos neurológicos ligeros, los diferencia de la hiperkinesia al presentar problemas definidos en el área social.

Enfermedades con causas orgánicas definidas pueden presentar hiperactividad, como algunas modalidades larvarias de Epilepsia, los síndromes "orgánico-cerebral post-traumático ,

orgánico-encefálico y tóxico-orgánico". Enfermedades que se manejan con anticonvulsivos o desaparecen sin tratamiento especial; lo cual no ocurre con el síndrome hiperkinético; a pesar de la opinión de diversos psiquiatras y neurólogos de que desaparece al llegar el niño a la adolescencia, aun sin tratamiento.

7. TRATAMIENTO.

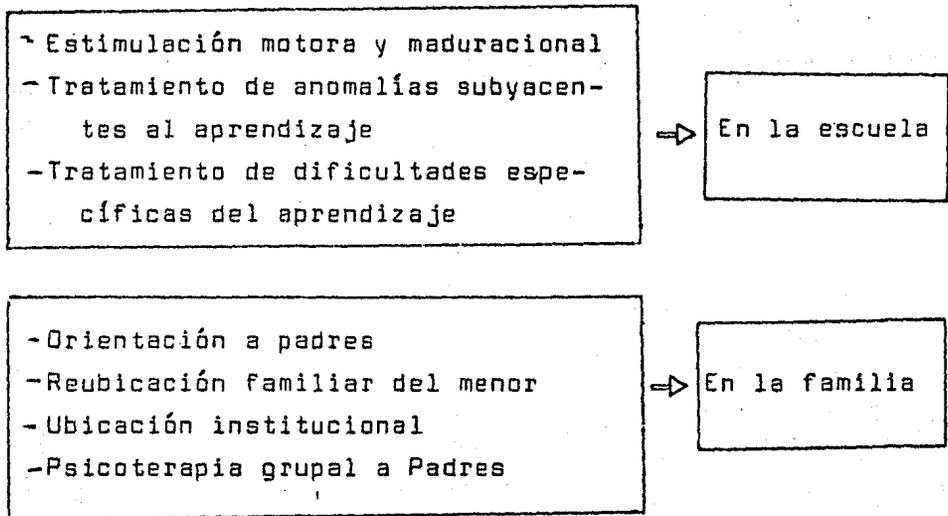
El tratamiento comprende una acción interdisciplinaria que pretende remediar las deficiencias emocionales, sociales, académicas y conductuales del niño hiperkinético; tomando en cuenta al menor, su familia, la escuela y la dosis de medicamento cuando está indicado.

El siguiente cuadro muestra alternativas de tratamiento complementarias, que han sido ensayadas por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y pedagogos.

Dirección del Tratamiento.

- Uso de Fármacos
- Técnicas de modificación de conducta
- Automediación cognitiva
- Retroalimentación electromiográfica
- Psicoanálisis Infantil

En el
niño

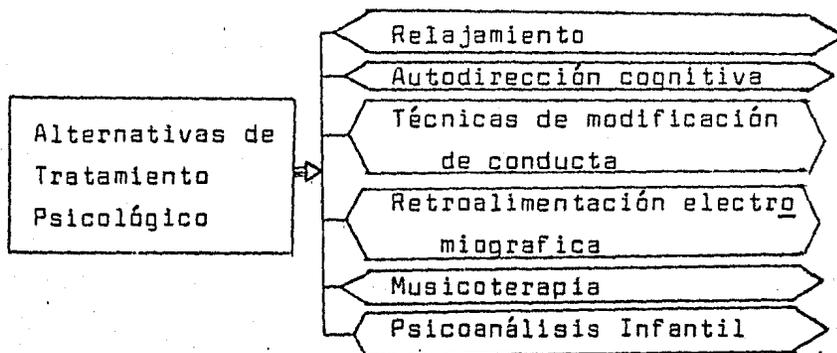


Con respecto al tratamiento del síndrome, es necesario hacer ciertas consideraciones. Existen grandes diferencias entre estos niños, como ha sido señalado en la sección de Diagnóstico. El tratamiento puede prolongarse por largo tiempo. El ensayo de medicamentos disminuye pero no soluciona por completo el problema.

La participación de los padres es fundamental en el tratamiento, ya que ellos mantienen contactos más prolongados y aplican consecuencias de mayor importancia para el niño. Los cambios de conducta deben percibirlos tanto el niño como su familia. El ubicar al niño en hogares substitutos o en instituciones, sólo cambia de lugar el problema y se emplea como último recurso. Actitudes realistas y positivas hacia el niño se obtienen no culpando a los padres de la situación por la que atravieza el menor y considerando que existen muchos niños con un sistema nervioso "más activo" que el de la mayoría.

El tratamiento a nivel psicológico pretende corregir

conductas alteradas, remediar problemas de aprendizaje y disminuir trastornos emocionales. Estudios que muestran la aplicación de las técnicas empleadas se mencionan a continuación.



Las técnicas de relajamiento (Bhatara, et.al., 1979) han sido efectivas para disminuir inatención y ansiedad. La autodirección cognitiva (Moore, 1979; Withorm, 1979; Abikoff, 1979) se usa para mejorar coordinación motora y desarrollo del lenguaje. Las técnicas de modificación de conducta (Grannell, 1977; Golinko, 1976), mejoran el control de conductas agresivas, hiperactividad y solución de problemas. La retroalimentación electromiográfica (Nall y Angie, 1973; Anchor, 1977) para reducir actividad motora y tensión. Con el uso de Musicoterapia (Scott, 1970; Groska, 1975) se reduce el nivel de actividad y mejora la atención y el control de movimientos; aumenta orientación espacio/temporal, autocontrol y memoria. El psicoanálisis infantil (mencionado por Velasco), aumenta la autoconfianza aunque en la mayoría de los casos sin modificar conductas o rendimiento escolar directamente.

Las actividades del trabajador social integran las acciones del grupo interdisciplinario e incluyen: visitas domiciliarias, seguimiento de casos y ubicación del menor en hogares sustitutos o en instituciones.

III. Medicamentos coadyuvantes (de resultados variables)**1. Anticonvulsivos**

- a) Difenhidantoina: Epamin
- b) Carbamazepina: Tegretol
- c) Primidona: Mysoline

2. Tranquilizantes menores:

- a) Difenhidramina: Benadryl, Vistaril
- b) Maleato de parabromodilamina: Dimetane
- c) Meprobamato: Equanil, Nitown
- d) Clordiazepóxido: Librium
- e) Diazepam: Valium
- f) Melleril, Torazina

3. Tranquilizantes mayores:

- a) todos, excepto los alcaloides de la Rawolfa

4. Antidepresivos: Imipraminas.

Se ha observado que dosis relativamente altas de estimulantes administradas en estos niños provocan respuestas paradójicas, pues disminuyen la hiperactividad y la impulsividad; aumentan la atención y la retención mnémica. Se hipotetiza que los estimulantes actúan en áreas específicas del Diencéfalo (Buckley, Wender y Mogun, citados por Renshaw). Investigaciones que han manipulado el Ritalin reportan ligeros efectos nocivos secundarios como pérdida de apetito, insomnio y letargo (Treagood, 1976; Wahn, 1978; Saxon, 1977).

En México se investigó el efecto de la Carbamazepina en niños de consulta externa del Departamento de Higiene Mental

del Hospital Infantil de México por Ortiz y Castañón (1977) y Ruiz Castaño (1972) reportando un 73% de resultados favorables entre 34 niños, respecto a la disminución de hiperactividad, angustia, distractibilidad, baja tolerancia a la frustración y perseverancia.

B. PRONÓSTICO.

No existen medios para prevenir el síndrome hiperkinético, pues se desconocen las causas específicas; a pesar de que diversos factores han sido asociados al fenómeno. El curso que seguirá esta alteración es incierta, pues algunos autores suponen una mejoría entre los 12 y los 18 años (Laufer y Denhoff) y, otros suponen que los lleva a acciones psicópatas y criminales (Menkes, 1976; Solomon, 1972).

Velasco (pag 69) indica que:

- a) niños con sintomatología franca, que exhiben conducta antisocial, tienen mal pronóstico.
- b) aquellos con síntomas ligeros de disfunción, es más probable que desarrollen problemas caracterológicos importantes y,
- c) que es la hiperactividad el síntoma que evoluciona más favorablemente; situación que no ocurre con los problemas de aprendizaje.

Índices generales que pueden proporcionar una predicción más objetiva son: existencia de alguna alteración mental en la madre, tensiones emocionales prolongadas, aprovechamiento escolar deficiente, tipo de respuestas a fármacos, intelligen-

cia normal y grado de colaboración familiar.

Renshaw menciona una idea que alerta ante la posibilidad de diagnosticar el síndrome: "No todo lo que se agita es necesariamente un niño hiperkinético".

REFERENCIAS DEL CAPITULO I.

- Abikoff, Howard: "Cognitive training interventions in children: Review of new approach" J. Learning Disabilities 1979 (Feb) Vol. 12(2): 123-135
- Alvarez Rosales, Ernesto: Entrenamiento a Padres de niños hiperkinéticos en una clínica. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1983.
- Anchor, Kenneth N; Johnson L. G.: "The efficacy of EMG biofeedback in the treatment of hyperactivity." Behavioral Engineering, 1977, Vol 4(2): 38-43
- Ayres, : "Dichotic listening performance in learning disabled children." Amer. J. Occupational Therapy, 1977 (aug), núm 31: 441-446.
- Barriga Vazquez, Francisco, et.al.: "síndrome de disfunción Cerebral". Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. SEP/IPN, Mazatlán Sin. México, 1977. Primera Conferencia Nacional de Salud.
- Bhathara, Vinod; Arnol, L.E; Lorence. et al.: "Muscle relation therapy in hyperkinesis: is it effective?" Jour. Learning Disabilities, 1979, Mar, Vol 12(3):182-186.
- Borland, Barry L; Harold, k; Heckman m.: "Hyperactive Boys and their brothers: A 25 year follow-up study." Arch. Gen. Psychiatry, Vol 33: 669-675, 1976 (Jun).
- Cabrera Delgado, Luis: Algunos resultados del estudio psicológico en el Síndrome de Daño Cerebral Mínimo, pp 181-255. Hosp. Infantil José L Miranda, Las Villas Cuba, 1975 (?).
- Cantwell, D.P.: "Psychiatric illness in the families of hyperactive children." Arch. Gen. Psychiatry 27:414-417, 1972.
- _____ "Genetic Factor in the hyperkinetic syndrome," J.Amer. Acad. Child Psychiatric Vol 15: 214-223, 1976.

- Chavez Olvera y Ruiz P.: Hiperactividad. Revista Sanidad Militar. Vol 30
núm 3, México, 1976.
- Coleman, James C.: 'Hyperactive reaction' Abnormal Psych. and Modern Life.
5th ed., Scott-Foresman ad Co., 1976.
- Conners, C.: 'Sympton patterns in hyperactive, neurotic, and normal chil-
dren'. Child Develop. 41: 667-682, 1970.
- Cruickshank, Willian M.: El niño con Daño Cerebral en la escuela, en el
hogar y en la comunidad. Ed. Trillas, México, 1976.
- Deihel and Friedmann: Selective attention in children with learning di-
sabilities. Perceptual and Motor Skill, 1976. 2: 675-678.
- Elligson, Careth: The Shadow children. Ed. Topex book, 1969.
- Golinko, Barry E.: Hyperactivity: Operationalization of traits using a
structured behavioral interview: A pilot study. J. Pediatric Psycho-
logy, 1978, Vol 3 (1): 35-44.
- González Castillo Juana; Montiel G.G.; Ziellenbach, S.E.: Principales
manifestaciones del niño con Disfunción Cerebral Mínimo. Tesis de
Licenciatura en Psicología UNAM, 1976.
- Grenell, Elena: Aplicación de técnicas de modificación de conducta para el
control de la hiperactividad en el ambiente natural. Ed. Trillas, Mé-
xico, 1979.
- Gromska, Damoslawka, K.: Music-therapy in the treatment of hyperkinesis
and anxiety nervouesses in children. Psychiatria Polska, 1975, Vol 9:
605-612.
- Hernández V.R.: Estudios neurológicos del niño con Daño Cerebral difuso.
Rev. de la Clínica de la Conducta, México; Vol II núm 2, 1968.

- Hernández Velasco, Carlos: Hiperactividad. Rev. de la Clínica de la conducta, México, 1972, Vol I, núm 2.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría: "Problemas Comunes de Salud Mental: Guías para su atención". Vázquez López-Guerra Armando, 3a ed. México, 1981.
- Jacobs and Kempfuss: Brain stem and spinal cord mediation of serotonergic behaviour syndrome. Brain Research 1975, 100: 445-457.
- Koppitz, Elizabeth: Niños con dificultades de aprendizaje (un estudio de seguimiento de cinco años de duración). Ed. Guadalupe, Buenos Aires, 1976.
- Laufer M, Denhoff, E.: Hyperkinetic behaviour syndrome in children. J. Pediatrics, 50: 463-466, 1960
- Levy, Florence, Hobbes, G.: Hyperkinesis and diet: A replication study. Amer. Jour. of Psychiatry. 1978, Dec. Vol 135 (2): 1559-1560.
- Marosi, H. Erzsebet: Posibilidades de electrodiagnóstico en la hiperkinesis. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1981.
- Martínez Salazar, Jovita A.: Estudio de escolares con problemas de Daño Cerebral Mínimo. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1984.
- Mc Mahon, Robert C.: "Genetic etiology in the hyperactive child syndrome: a critical review" Brief Reports Amer. J. Orthopsychiat. Vol. 50(1): 145-149, 1980.
- Morrison J.R.; Stewart M.A.: A family study of the hyperactive child syndrome. Biol. Psychiatry 8:189-195, 1971.
- _____, Stewart M.A.: "Bilateral interference as evidence for polygenicity in the hiperactive children syndrome." J. Nervous and Mental Disease, 1974, 158: 226-228.

- _____ : Diagnosis of adult psychiatric patients with childhood hyperactivity. Am. J. of Psychiatry Vol 136(7), 955-958, Jul, 1979
- Noverola Mondragón Martha: Factores psicológicos en el Daño Cerebral Mínimo como coadyuvante de reprobación escolar. Estudio con WISC y Bender para niños pequeños. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1976
- O'Banion, D.; Armstrong, B; Cummings RL: "Disruptive behavior: a dietary approach." J. of Autism & Developmental disorders, 1978, sep. Vol. 8(3) 325-337.
- Ortiz de Alemán Ma Yolanda y Castañón de Martínez Victoria: Valoración de diferentes tratamientos en el Daño Cerebral Mínimo (Tegretol; Terapia Familiar). Rev. de Neurología y Psiquiatría, Mexico, 1977.
- Padilla Farias E: Análisis cuantitativo y cualitativo del Bender en niños diagnosticados con Daño Cerebral y Disfunción cerebral mínimo. Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM, 1975.
- Prawath: Constructive Memory of normal and learning disabled children. Psychological reports, Núm 41, 1977
- Prinz, Ronald J; Roberts WA; Hantman E.: Dietary correlates of hyperactive behavior in children. J. of consulting and clinical psych. Vol 48(6) 760-769, 1980.
- Puente, Rosa Ma.; Barriga, F y Morales MT: Compendios de la Revista Médica (México) 53, 1151: 97, 1973.
- Renshaw C. Domeena: El niño hiperactivo. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977.
- Ross y Ross: "Hyperactivity: research, theory and action." Ed. John Wiley, N. Y., 1976.

Ruiz Castaño, Gloria: Uso de Carbamazepina (Tegretol, Geigy) en niños con trastornos de la conducta. Separata de la Prensa Medica Mexicana. Año 35, no 5-6:215-220, 1972 (Jun).

Rutter Michael: Psychological Sequelae of Brain Damage in children. Amer J. Psychiatry 138: 12-17, Dec, 1981.

Safer & Allen: "Hyperactive children: Diagnostic and treatment", Acad. press, 1976.

Sandberg, Seija T; Wieselberg, M; Shaffer, D: "Hyperkinetic and conduct problems children in a primary school population: some epidemiological considerations." J. Child. Psychol. Psych. Vol 21(4): 293-311 1980,

Saxon, Samuel A; Magee J; Siegal D. : Activity level in the Hyperactive Ritalin responder and non-responder. J. Clinical Child. Psychology 1977 Vol 6(3), 27-29.

Scout, Thomas J.: The use of Music to reduce hiperactivity in children. Amer. J. Orthopsychiatry, 1970, Vol. 40 núm 4: 677-681.

Shaffer, David & Greenhill, Laurence: A critical note on the predictive validity of "The hyperkinetic syndrome". J Child Psychol. Psychiat Vol 20: 61-72, 1979.

Sroufe, : Drug treatment of children with behavioural problems. Review of child development research, 1975, 4: 4-7.

Stewart, Mark A; Deblois, S; Cummings C.: "Psychiatric disorder in the parents of hyperactive boys and those with conduct disorder." J. Child Psychol. Psychiat Vol 21; 283-292, 1980 (G.B.).

Tlatempa Aquino, Eduardo: Algunos aspectos de detección de Daño Cerebral Mínimo. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, 1978.

- Treegood, Mark; Walker, K: The use of stimulant drugs in the treatment of hyperactivity. School Psychology Digest. 1976, Vol 5(4): 5-10
- Velasco Fernández Rafael: El niño hiperkinético. Los síndromes de disfunción cerebral. Editorial Trillas, México, 1974.
- Whaley, Klahn, Lavery: A multivariate study of relationship of parental management to self-esteem and initial drug response hyperkinetic boys. Psychology in the school, 1977 (oct) Vol 14: 485-492
- Weiss Bakas Naomi: La influencia de la familia en un niño con Daño Cerebral Mínimo (La conducta de un niño con DCM ¿es generada por la familia?). Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1978
- Weiss, Gabriel; Minde, Klaus; Werry, J. Douglas, V; Nementh, e.: Studies on the hyperactive child in elementary school: a five-year, controlled follow-up. Except. Child 38: 212-221. 1971
- Weithorn, Corinne J; Kagen, E. Training first grades of high activity level to improve performance through verbal self-direction. J. Learning Disabilities 1979 Vol 12(2); 82-88
- Wender, Paul H: Some speculations concerning a possible biochemical basis of minimal brain dysfunction. Life Sciences, 1974 (May) Vol 14:605-621.
- Wolff, S & Acton W.P: Characteristics of parents of disturbed children. Br. J. Psychiat 114, 593-601, 1968
- Woodruff. : Subcompulsive epileptic discharge and behaviour impairment. Behavioural Biology 11: 431-458, 1975.
- Woodward y Biondo: VO PRIMERO. Convivencia con niños demasiado activos. Ed. Pax-Mex, México, 1980.
- Zamora Contreras Estela: "Daño Cerebral Mínimo en niños a través del Bender, Benton y WISC". Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1980.
- Zaragoza Lopez Sara: Estudio de la percepción visual de la forma en niños portadores de Disfunción Cerebral Mínima. Memorias de la Jornada de Psicología del Hospital Psiquiátrico de la Habana, Cuba, 1975.

CAPITULO 2.

A C T I T U D E S

En este capítulo se presenta una breve reseña sobre las actitudes, en virtud de que existe una gran cantidad de autores que se ocupan con profundidad del tema y a quienes se puede recurrir consultando la bibliografía mencionada.

1. Desarrollo histórico del concepto de "actitud".

El término "actitud" proviene del latín aptus, que significa disposición o adaptabilidad y connota en estado de preparación para la acción.

El estudio de las actitudes por los psicólogos ha pasado por diferentes etapas; en las que se han desarrollado diferentes partes de la misma. Primero trataban de aclarar la controversia sobre si era la herencia o el medio ambiente, la principal influencia en la conducta del individuo. Después se avocaron a solucionar los problemas de la medición de las actitudes. Y, finalmente, mientras transcurrían las dos guerras mundiales, trataron de encontrar los factores que conducen a las personas a tener tal o cual actitud (1).

Thomas y Znaniecki en 1918 ubicaron el concepto dentro de la estructura sociológica; por ello, es frecuente encontrar estudios sobre el tema tanto en Psicología Social como en Sociología. El marco teórico que sustenta a la actitud abarca una gran variedad de elementos tanto neoconductistas, como cognoscitivistas y psicoanalistas..

Spencer en 1882 fue el primero en utilizar el concepto en sus "primeros principios". Seis años después, Alexander Bain.

escribe sobre las 'fuerzas mentales' de un conjunto o "actitudes" y, la resistencia que oponen estas fuerzas a otros sujetos. Entre los pioneros del estudio de las actitudes se encuentran: Langes (1888), Wundt, Clark (1911). Muller y Pilzèker y, Koffka.

Allport (1945) indica que "posiblemente en el concepto más distintivo o indispensable en la psicología social" y - revisando las teorías e investigaciones sobre el tema, concluye que la mayoría de las definiciones concuerdan en que es una predisposición aprendida a responder valorativamente ante un objeto psicológico (2); o sea, son tendencias de acercamiento o alejamiento, favorables o desfavorables. Es esta bipolaridad la característica más distintiva del concepto.

Es de notar que las actitudes se aprenden por medio de una infinidad de experiencias que comparten los individuos dentro de una sociedad. Y aunque esencialmente son similares se desarrollan con variedades en cada sujeto. Como se anotó anteriormente, la experiencia puede mantener o modificar a la actitud.

-
- 1) Daws, Robin: Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. Editorial Limusa, Mexico, 1979.
 - 2) Un "objeto psicológico" es cualquier simbolo, idea, institución o idea que posee una existencia real para el sujeto.

El término se usó primero en relación a la postura de una persona -como actitud motora-, actualmente tiene un -- significado psicológico más que una orientación física. la actitud es algo que no se puede observar directamente y se infiere de las respuestas que da un individuo ante un objeto.

Berkowitz (1972) agrupa las definiciones de actitud en cuatro grupos:

- aquellas que indican una evaluación o reacción afectiva, - en que la actitud se mide teniendo en cuenta si los sentimientos o el afecto del sujeto es favorable o no.
- aquellas cuya característica principal radica en la disposición a actuar de cierto modo.
- las que consideran a la actitud compuesta por aspectos afectivos, cognoscitivos y de conducta.
- definiciones funcionalistas o neoconductistas que consideran a las actitudes como una disposición de respuesta, parecidas a cualquier otra disposición, que sirve de base a una ejecución aprendida.

Se han postulado una gran diversidad de definiciones, - entre las cuales se encuentran las siguientes (3):

y hacia el que la gente difiere de acuerdo a su afecto, sea positivo o negativo (Thurstone, 1946).

Allport (1929): "es un estado mental y natural de preparación organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa sobre las respuestas del individuo ante los objetos con que se relaciona".

Thurstone (1946): "una actitud, es el grado de afectividad positiva o negativa que se tiene frente a un objeto psicológico. Es una predisposición de acercamiento o de alejamiento hacia cierta clase de objetos".

Rodrigues (1972): "es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto".

Sheriffy Sheriff (1974): "Una actitud es el conjunto de categorías que un individuo emplea para evaluar un dominio de estímulos sociales (objetos, personas, valores, grupos, ideas, etc.) que él ha establecido y aprendido a partir de ese dominio (en relación con otras personas, como regla general) y que lo relaciona con los subconjuntos del dominio en diversos grados de afecto (motivación, emoción) positivo o negativo.

3. Conceptos relacionados (4).

El concepto de actitud se usa en forma genérica. Algu-

3) Rodrigues, Aroldo: Psicología Social. Editorial Trillas, Mexico, 1979.

nas variaciones específicas del constructo son: las creencias, el prejuicio, la doctrina, la fe, la ideología, los juicios, los valores y la opinión.

La creencia es una actitud con elementos fundamentalmente cognoscitivos. Operacionalmente una actitud es hacia un sujeto y la creencia es acerca del sujeto. La doctrina, es una red lógica que se espera sea creída y hacia la que un individuo tiene una actitud de aceptación o rechazo. La fe, involucra fundamentalmente un significado afectivo de un sistema de creencias; se haya entre la creencia y la ideología.

El juicio, es un proceso de clasificación de objetos en diversas categorías. La ideología es un sistema cognoscitivo que puede usarse para justificar conductas; es una actitud generalizada y no estructurada formalmente. El valor reside en el objeto y es de tipo intrínseco según una corriente; según otra, indica que un objeto sólo tiene el valor que le dan los individuos. La opinión es una tentativa de conocimiento ante los objetos que se modifican conforme se relacionan con ellos; es una especie de resumen cognoscitivo.

Las actitudes se relacionan teórica y empíricamente con otros conceptos psicológicos como la personalidad; los grupos de referencia, los roles y el proceso de socialización. Según Klinenberg (5), se relaciona también con los procesos de moti

4) UNAM, apuntes mimeografiados sobre actitud, 1977.

5) Klinenberg, Otto: Psicología Social, FCE, México, 1963.

vación, percepción, aprendizaje y con las funciones sensoriales.

4. Determinantes de la Actitud (6)

En la formación de la actitud se supone que existen factores genéticos en el nivel de agresividad de las personas.

Este factor parece estar intrínseco cuando se realizan estudios sobre el prejuicio racial y que puede ser susceptible de cambiarse; a pesar de que la afirmación tiene un valor de supervivencia en el medio.

Existen también de tipo fisiológicos, ejemplos de estos determinantes son: las enfermedades, el uso de fármacos y el envejecimiento. Los cuales afectan el sistema de creencias -- del individuo, sea afectiva o connotivamente.

La exposición directa al objeto psicológico afecta en forma significativa a la actitud; por ejemplo, una experiencia traumática en la guerra o experiencias repetidas y acumuladas pueden producir alteraciones en las actitudes de un sujeto.

El participar en instituciones totalizantes -como la rigidez educativa, el encarcelamiento o un prolongado psicoanálisis-, influyen en el sistema de creencias que puede adoptar

un individuo. La comunicación social en sus diversas manifestaciones son también determinantes en la adopción o modificación de actitudes.

Como se observa, la formación de actitudes involucra factores internos (como son los genéticos y fisiológicos) y externos al individuo, sean experiencias directas o indirectas con el objeto psicológico.

5. Componentes de la Actitud.

La mayoría de los estudios sobre actitudes coinciden al considerar que la actitud está formada por tres componentes como lo afirman Krench (7) y Katz y Stotlan (1959).

- a) Componentes cognoscitivo, se refiere a las creencias que se tienen de un objeto dado. Implica siempre juicios de valor: deseable/indeseable; aceptable/inaceptable.
- b) Componente emocional, se refiere a los sentimientos y emociones vinculadas al objeto, sean favorables o desfavorables, placenteros o displacenteros.
- c) Componente reactivo, incorpora la disposición a actuar de una manera dada ante el objeto de la actitud, puede ser de acercamiento o de alejamiento.

7) Krench, D.; Crutchfield, R y Ballachy, E.: "Psicología Social", Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1965.

Los componentes de la actitud varían en su grado de valencia -positiva o negativa, favorable o desfavorable-, y en el grado de multiplicidad; o sea, en el número y variedad de elementos que integran a cada uno de los componentes. Por ejemplo, un individuo puede tener una actitud amorosa hacia una mujer (valencia positiva) y que esta actitud se refiera al deseo físico, la admiración, la inteligencia, etc. (que se refiera al grado de multiplicidad).

Las actitudes de un individuo pueden variar en el grado en que se encuentren asociadas entre sí (coherencia), la forma en que se conectan, el grado en que se destaque una actitud sobre otras (centralidad) y su tendencia: positiva o no - (dirección), la magnitud emotiva (intensidad) y su permanencia en diversas situaciones o grupos (consistencia).

En la mayoría de los casos el conjunto total de actitudes forma una estructura completa y coherente; pero rara vez tiene una estructura tan intensa como para indicar que existe una ideología única. Generalmente se encuentran separadas las ideologías científicas, artísticas, religiosas y de otro tipo en el individuo. Pueden variar en el grado de adaptabilidad y presentarse inadaptadas y contradictorias.

6. Funciones

Las actitudes se mantienen debido a que cumplen ciertas funciones. Su aparición, fuerza y posibilidad de cambio dependen del tipo de función que desempeñen. McGuire (8) indica -- las siguientes funciones;

-de ajuste, al permitir que el sujeto logre las metas deseadas.

- ego-defensivas: por medio de la actitud, el individuo tiene una idea más clara de la realidad y con ello se protege de situaciones desagradables.
- de autorealización: libera las tensiones acumuladas y permite que el individuo exprese sus valores en forma catártica.
- de conocimiento: permite que el sujeto establezca ciertas reacciones frente al objeto. Organizando el significado -- del ambiente y dándole consistencia.

7. Métodos de evaluación y medición de actitudes.

Como se anotó antes, la evaluación de las actitudes se realiza indirectamente. Se infieren analizando las respuestas de la persona, los acontecimientos y las expresiones verbales.

Los métodos para su medición se agrupan en cuatro categorías:

1. Escalas de actitudes
2. Técnicas especiales
3. Entrevistas
4. Observación de la conducta.

7.1 Escalas de Actitudes (9).

Consisten en una serie de afirmaciones ante las cuales

-
- 8) McGuire: "The nature of Attitudes and Attitude Change" en The Handbook of Social Psychology, 2nd edition. Ed. - Gardner, Lindzey & Elliot, Vol III, Add. Wesley Pub. Co. 1969
 - 9) Krench, op. cit.

el sujeto responde de acuerdo a su posición hacia el objeto - psicológico. Esta posición es una representación cuantitativa de un atributo que no tiene correspondencia con estímulos físicos, como pueden ser la sonoridad o el tamaño.

Para la construcción de escalas se toma en cuenta:

- la definición del continuo del objeto, en base a la naturaleza de la población a investigar.
- que se reproduzcan repetidamente los resultados de una muestra. Ya sea con técnicas de test-retest, uso de formas paralelas o con la división por mitades de la escala.
- que se mida realmente lo que se pretende medir. en base al supuesto de que los ítems forman parte del continuo; a la opinión de un jurado de expertos, a la confrontación con grupos conocidos o con criterios de validez independientes.
- supuesto de que las respuestas del sujeto se asemejen a sus verdaderos sentimientos y no reflejen prejuicios.
- tratar de que las unidades sean absolutamente iguales o que posean un punto cero.

Recapitulando, el objetivo de la medición por escalas es asignar al individuo una posición numérica en un continuo, -- que indique la valencia de su actitud hacia un objeto dado.

Las técnicas de escalaje más importantes en la medición de actitudes son:

- a) Escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone.
- b) Estimaciones sumatorias de Likert.
- c) Escalas acumulativas de Guttman.
- d) Técnicas de discriminación escalar de Edwards y Kilpatrick.

7.1.a. La escala de intervalos aparentemente iguales diseñada por Thurstone (1929), se basa fundamentalmente en la utilización de jueces. Después de reunir suficientes afirmaciones relacionadas a un solo componente de la actitud, un grupo de peritos los clasifica en once categorías de un continuo que varía de favorable a desfavorable. La mediana de cada afirmación calificada por los jueces descarta los ítems irrelevantes y los seleccionados se reparten a lo largo de la escala en una serie promedio de 20 afirmaciones.

En la escala resultante, el sujeto marca cada afirmación de acuerdo a su grado de favorabilidad o desfavorabilidad. La media o mediana de los valores de la escala señala la actitud del sujeto hacia el objeto.

Algunos de sus inconvenientes son el excesivo tiempo que se ocupa en elaborar la escala y que la ubicación del individuo en base a la mediana, puede reflejar una actitud distorsionada.

7.1.b. La escala aditiva o método de calificaciones sumadas.

Fue elaborada por Rensis Likert en los años 30's. En esta escala el sujeto indica su grado de desacuerdo o de acuerdo a cada afirmación, con lo cual se logra una puntuación total al sumarse los puntajes de cada ítem por separado.

Para su elaboración se recolectan afirmaciones que el experimentador considere relacionadas con el objeto de la actitud en su favorabilidad. Se administra a una muestra de la población seleccionada para que indique si la aprueba, la aprueba decididamente, si se haya indeciso, la desaprueba o la desaprueba plenamente. Se determina el puntaje total sumando sus respuestas a todos los ítems y se selecciona para la aplicación final a aquellos que obtengan un mayor puntaje de acuer-

do a un análisis factorial.

Algunas de las ventajas de esta escala sobre la de Thurstone son: el permitir utilizar ítems no relacionados directamente con la actitud de que se trata; es de construcción sencilla, proporciona información más precisa y, es más confiable.

7.1.c. En las escalas acumulativas de Guttman, los ítems se disponen en series acumulables y se supone que al señalarse favorablemente en un punto, se contestará desfavorablemente todos los ítems opuestos a lo largo del continuo. Es el caso de la "escala de distancia social de Bogardus", que se empleó para medir la actitud hacia los grupos étnicos en 1925.

Este tipo de escalas supone que entre los reactivos que forman la escala existe una relación interna de tal forma que una persona que concuerda con un reactivo que ocupa una posición escalar dada, ratificará todos los reactivos que estén por debajo de ella en la escala.

7.1.d. La escala de discriminación de escala a escala de Edwards y Kilpatrick, es una combinación de las técnicas de Thurstone y Likert, basada en sus procedimientos de elaboración para que sea una síntesis de estas escalas. Su campo de aplicación se amplía continuamente. Fue elaborada en 1948.

7.2. Técnicas Especiales.

Se refieren a las técnicas camufladas y al Diferencial Semántico. Su objetivo es mejorar la validez de la medición de las actitudes.

7.2.a. Las técnicas camufladas miden los sentimientos y los

pensamientos sutiles relacionado con la actitud. Bajo ciertas condiciones pueden ser muy válidas, ya que miden la actitud - sin influir en ella. Como ejemplos de estas técnicas se encuentran las técnicas proyectivas y las técnicas de elecciones de Hammmmond (1948).

7.2.b. El Diferencial Semántico construido por Osgood, Suci y Tannenbaum (1957), intenta medir el significado de los conceptos de tipo connotativo y denotativo. En sus estudios han encontrado tres factores generales: valores (bueno-malo, etc) de potencia (fuerte-débil) y, actividad (activo-pasivo).

7.3. Entrevista.

Con este medio se pueden obtener los datos de una población muy grande, observando directamente los elementos conductuales de la actitud y haciendo preguntas con una alternativa fija o que requieran de un respuesta abierta.

7.4. Observación directa de la conducta (10).

Las técnicas empleadas para medir directamente la actitud se hayan en los supuestos del aprendizaje postulados por los seguidores de Skinner como Staats y Staats; Ben, Lot y - Weis. Incluyen también a los estudios sobre mediciones fisiológicas que muestran evidencias físicas de la actitud. Los resultados obtenidos están en entredicho pues se postula que es la conducta la que se mide en la mayoría de los casos y no la actitud.

8. Determinantes extraños de las respuestas obtenidas (11).

Se pueden presentar alteraciones en las respuestas debidas al sujeto; a la elaboración del instrumento o en la situación de aplicación.

En el sujeto puede ocurrir que falseé la respuesta por - deseabilidad social o que conteste afirmativamente todas las - preguntas. En el instrumento, puede aparecer la codificación extremosa o que exista una predisposición en las preguntas pa - ra que sean contestadas favorablemente. En la aplicación pue - de suceder que una persona tenga prisa, se muestre reacia o - esté enferma y, ello altere indirectamente sus respuestas.

9. Advertencia.

Aun cuando existen suficientes elementos que apoyan las teorías sobre la actitud, se han encontrado algunos resultados que indican que un cambio de actitudes no implica necesariamen - te un cambio de conducta, puesto que no hay una relación direc - ta entre una actitud determinada y la conducta correspondiente.

Zimbardo (12) supone que la actitud cambia sólo en su -- componente cognoscitivo. Por ejemplo, al aplicar por segunda ocasión una prueba escrita, las respuestas obtenidas muestran direcciones diferentes a las respuestas iniciales, presentán - dose más favorables o más desfavorables, aunque la conducta - del sujeto pueda mantenerse sin cambios.

10 y 11 Apuntes mimeografiados sobre actitud; UNAM, 1977.

12 Zimbardo, D.: "Influence in attitude and changing behavior" Addison Wesley Publishing Co., 1969..

REFERENCIAS DEL CAPITULO 2.

- Allport, G.W.: "Attitudes in the History of Social Psychology" en Aronson E; Lindsey, E. Eds.: Handbook of Social Psychology. Reading mass: Addison-Wesley, 1954, Vol. 1. pp 43-45.
- Berkowitz, Leonard (ED): Cognitive theories in Social Psychology: papers from advances in Experimental Social Psychology, New York, Academic Press, 1978, Vol 3 166-197.
- Dawes, Robyb M.: Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. Ed. Limusa; México, 1975.
- Klinenberg, Otto: Psicología Social. F.C.E., México, 1963.
- Krech, D; Crutchfield, R y Ballachey, E.: Psicología Social. Ed. Biblioteca Nueva de Madrid, 1965.
- Manning, Sydney: Elaboración de Escalas de Actitud y Psicofisiología Clásica. Ed. Trillas; México, 1976.
- Mc Guire, W.: The Nature of Attitudes and attitude Change. in the Handbook of Social Psychology. 2nd. Ed; Ed. Aronson, E; Lindzey, E, 1969, Vol III.
- Rodrigues Aroldo: Psicología Social, Ed. Trillas; México, 1979.
- Summer. Gene F.: Medición de Actitudes. Ed. Trillas; México, 1978.
- Triandis, Harry Ch.: Actitud y Cambio de Actitud. Ed. Toral. Barcelona, 1974.
- UNAM. Apuntes mimeografiados sobre actitud; México, 1977.
- Young Kimbal: Psicología de las Actitudes, Ed. Paidós, B.A. 1967.
- Zimbardo, Phillip: Influencing attitudes and Changing behavior: an introduction to method, theory and applications of social control and personal power. Addison-Wesley pub. Co., 1977.

CAPITULO 3.

EDUCACION ESPECIAL

1. Antecedentes.

El trato recibido por personas con alteraciones físicas o conductuales ha variado a lo largo de la historia; se pueden distinguir tres periodos distintivos.

El primer periodo se caracteriza por una escasa atención hacia estos individuos y comprende hasta 1800 cuando se crean instituciones especiales para atenderlos, aunque antes hubo varios intentos de construirlas. Algunos ejemplos de las ideas que se tenían al respecto se anotan a continuación.

En Esparta se escogían a los niños fuertes y sanos para seguir la carrera de las armas; a los débiles y deficientes se les asesinaba. En Roma, los niños con deformaciones o deficientes eran adiestrados para servir como bufones y divertir a los nobles. Con la aparición del Cristianismo se creyó que estas personas estaban poseídas por el demonio y, por tanto, se trataba a través de "exorcismos" de curarlos.

Durante el siglo XVI, el monje Pedro Ponce de León logró enseñar a hablar a 10 niños deficientes. En 1760 Juan Bonet desarrolló el lenguaje para los sordomudos y por esa fecha se formó la primera escuela para sordomudos. En 1784 se fundó la primera escuela para ciegos. Rousseau y otros promovieron la creación del Instituto Nacional del joven ciego, durante esta época. Aunque aún prevalecían las ideas de asesinarlos o abandonarlos en el bosque para ser devorados por las fieras; tal es el caso de Victor, "el niño salvaje de Aveyron" quien caminaba con sus cuatro miembros.

El segundo periodo, denominado de las instituciones comprende las actitudes que se mantenían durante el siglo pasado; Surge por la conciencia de la exaltación de los valores humanos canalizados a través de la e

educación y de tratarlos especialmente. Aparecen instituciones en Alemania Francia, Inglaterra y Escocia para atender a ciegos, aunque se carecen de los conocimientos para diferenciar los problemas conductuales del retraso mental, y se agrupa a todos los internos sin distinción.

La aparición de la Psiquiatría promovió cambios en el trato hacia estos individuos, tanto a nivel social y político como a nivel educativo. Alexander Graham en 1898 promueve que se anexasen a los pabellones, escuelas especiales para asistirlos. Es hasta 1902 que en Estados Unidos se construye la primera escuela pabellón.

El tercer periodo denominado de las escuelas y las clases especiales se distingue por el empleo de pruebas psicológicas psts ubicar con mayor exactitud la problemática de estos individuos. Con la publicación de una serie de estudios sobre alternativas de educación, como la propuesta por Marie Montessori, y los estudios de Hellen Keller, Freud (sobre neurosis), Lanner (sobre autismo infantil), Meyer (sobre simbiosis), Buher (sobre Esquizofrenia) se tiene un conocimiento más exacto de la aparición y evolu--ción de los problemas de las personas que requieren una atención especial.

Con la estandarización en los años 40's de pruebas de inteligencia se ha podido clasificar a los retardados y dividir las áreas de aplica--ción que requieren; asimismo se ha impulsado la preparación de personal calificado que pueda proporcionarles una atención más científica.

2. Funciones.

La Educación Especial y la Rehabilitación Integral están dirigidas a quienes presentan: deficiencia mental, trastornos del aprendizaje, trastornos de audición y lenguaje, deficiencias visuales, impedimentos motores, alteraciones en las áreas emocional, conductual y social. Se espera que en el futuro se logre brindar atención especial a grupos de sobredotados y de autistas.

En la actualidad, se sigue la estrategia de manejar estas alteraciones a través de equipos multi-disciplinarios que abarcan todo el proceso de atención, desde la detección, la evaluación, el diagnóstico, la canalización y tratamiento en cada caso.

En nuestro país se pueden mencionar dos acciones relevantes realizadas en esta área. Una de ellas se refiere a la construcción del Hospital de San Hipólito en 1556 por Fray Bernardino de Sahagún que estaba dedicado a la atención de enfermos mentales. La otra se refiere al elevado interés del gobierno de Juárez para empezar a coordinar la labor de maestros y profesionistas que trabajaban en este campo.

Es hasta 1960 cuando se crea la oficina de Coordinación de Educación Especial, y debido a la demanda que se presenta, la subsecretaría de Educación Elemental (de la SEP) crea en 1970 la Dirección General de Educación Especial.

La Dirección de Rehabilitación de la SSA promueve en 1975 la creación del Registro Nacional de Invalidos (RENI), instrumento con el cual se calcula que entonces existían en el país alrededor de 6 millones de invalidos que requerían de atención y, puesto que la mayoría de estas personas viven en el interior del país, se han construido 21 Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) para su atención, en 20 estados de la república.

En la actualidad, el Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia (DIF), coordina la acción de estos centros, contando con la colaboración de la SSA y la SEP.

Algunos otros centros que atienden a inválidos son: el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, El Instituto Nacional de la Comunicación Humana, El Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales, la Clínica de la Conducta, El Centro de Adaptación Laboral para invidentes y la Escuela Nacional para Ciegos, entre otros.

3. El Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango (CREE).

Para atender a los invalidos que viven en el interior del país, se determinó la creación de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial que les proporcione servicios en lugares cercanos a su residencia.

En coordinación la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Dirección General de Rehabilitación; la Secretaría de Educación Pública por medio de la Dirección General de Educación Especial y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se elaboró un modelo de centro que aprovechara al máximo el recurso instalado, de manera que con un edificio, un equipo y un personal, se pudieran prestar servicios de rehabilitación integral a los principales tipos de invalidos de la provincia y evitando la concentración en el Distrito Federal.

El CREE de Durango funciona a partir de 1976 y desarrolla sus actividades mediante el esfuerzo coordinado del Gobierno del Estado, a través del sistema DIF, la SSA y la SEP.

En sus instalaciones se atiende a cualquier tipo de invalidez mediante una cuota de recuperación que se establece conforme a un estudio socio-económico de la familia del solicitante.

En su área de Rehabilitación cuenta con los siguientes servicios: Oftalmología, Pediatría, Ortopedia, Psicología, Neuropsiquiatría, Electroencefalografía y terapias física, Ocupacional y de Lenguaje.

En el área de Educación Especial se atiende a deficientes mentales, invidentes, lesionados del aparato locomotor y con problemas de audición,

En el CREE de Durango se ha tenido la oportunidad de brindar atención integral a los inválidos físicos y mentales. Dentro de sus 22 mil

metros cuadrados cuenta con un taller para fabricar aparatos ortopédicos, un taller de sastrería, un taller para elaborar juguetería y decoración doméstica, un taller de encuadernación y uno de cocina que complementan la terapia ocupacional de los usuarios.

Además cuenta con instalaciones deportivas, aulas para educación especial y un albergue para pacientes que proceden de poblados apartados dentro y fuera del estado.

Ofrece los servicios de diagnóstico, Terapia, Educación Especial, Orientación Vocacional y Adiestramiento para el trabajo. Entre sus actividades destacan: Educación para la Salud en materia de Rehabilitación; investigación epidemiológica de la invalidez, tratamiento rehabilitatorio psicoterapia, socioterapia y enseñanza especial.

Existe un programa de Atención al Medio Rural que da orientación para manejo domiciliario de alteraciones físicas o mentales de quienes no pueden acudir al CREE de Durango.

4. Departamento de Psicología.

Esta área del CREE de Durango realiza evaluaciones integrales que comprenden los siguientes aspectos: inteligencia, dinámica familiar, coeficiente perceptual visual, ubicación maduracional, indicadores de daño cerebral y personalidad.

Los principales grupos que atiende son: deficientes mentales, niños con alteraciones conductuales, problemas de lenguaje, disfuncionados cerebrales.

Para la evaluación emplea los siguientes tests: WISC, Raven, WIPPSI CAT-A, Koppitz (figura humana), Bender, Rosenzweig, Vineland, Filho, Machover, Sacks Infantil y los Cuestionarios de Repertorios Conductuales Básicos. La evaluación de solicitantes adultos comprende entre otros la apli

cación de MMPI y WAIS.

El manejo psicológico varía según el grado, las características y la naturaleza de las alteraciones que se presentan en cada caso y pueden ser: orientación familiar, orientación vocacional, técnicas de relajamiento, terapia individual, programas de remedio, seguimiento de cosas y reubicación escolar entre otras.

REFERENCIAS DEL CAPITULO 3.

SEP-FONAPAS. Dirección General de Educación Especial:

"Bases para una Política de Educación Especial". 1981

DIF, Durango-SSA.: "El Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango". Revista de conmemoración del 3er. aniversario de su inauguración; Jun, 1979.

SSA. Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de Rehabilitación: "Registro Nacional de Invalidos: Reporte de los primeros cinco mil casos notificados". Departamento de estadística, 1976.

Strauss, A.A.: "Psicopatología y Educación del niño con Lesión Cerebral", Editorial Universitaria, Buenos Aires, 1964.

SEGUNDA PARTE.

INVESTIGACION REALIZADA.

CAPITULO 4.

METODOLOGIA.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.

Las alteraciones conductuales han sido motivo de una gran cantidad de estudios que buscan conocer sus causas, agrupar sus síntomas y probar la eficacia de diversos tratamientos. En años recientes, el "síndrome hiperkinético" ha sido el foco de atención de muchos especialistas en niños, tanto psicólogos como neuropediatras.

En estudios sobre las relaciones madre-hijo comparando niños hiperkinéticos con no hiperkinéticos (Lundy, 1979; Cunninham, 1979), así como en estudios sobre las variables socioeconómicas involucradas (Stevens, 1979) se ha encontrado que:

a) las personas que se relacionan con estos niños manifiestan frecuentes sentimientos de culpa y de impotencia al tratar de controlarlos y que, presentan una actitud negativa hacia sí mismos, hacia estos niños y hacia su interacción con ellos y,

b) cuando existe un apoyo profesional continuo, una actitud materna más favorables hacia el niño y, mayores oportunidades de aprendizaje exitoso, se reduce la aparición de conductas socialmente inadecuadas y aumenta la estabilidad emocional del niño.

En virtud de que en nuestro país se carecen de aportes objetivos sobre la relación madre-hijo hiperkinético, el pre-

sente estudio de campo tiene un caracter exploratorio en su primera etapa, que se denomina estudio piloto, y de tipo confirmatorio en su segunda etapa. Todo ésto con el objeto de conocer algunas características de la actitud de las madres de niños hiperkinéticos -en relación con éstos últimos-, tal como se presentan en la realidad y con la advertencia de realizarse con un limitado control de las variables involucradas.

En México se han creado centros encargados de atender a este tipo de niños; tal es el caso del Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango (CREE), en donde se ha observado una elevada tasa de conductas hiperactivas en los niños asistentes a diagnóstico psicológico. Esta observación justifica la acción que se pretende con el presente estudio: conocer algunas características de la conducta y las actitudes de las madres de niños hiperkinéticos; conocimiento que podría guiar la aplicación de las técnicas de manejo infantil que aseguren el logro de la readaptación integral del niño en las esferas social, educativa y conductual.

2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

En base a las observaciones preliminares a la ejecución de este trabajo, la interrogante principal se plantea en los siguientes términos:

" ¿Cuál es la actitud de las madres hacia el niño hiperkinético? "

Subproblemas:

- ¿Influye el grado de información que poseen las madres sobre el síndrome hiperkinético, en la actitud que tengan hacia sus hijos hiperkinéticos?
- ¿Influye la edad de la madre en la actitud que tengan hacia sus hijos hiperkinéticos?
- ¿Influye la capacidad intelectual del niño hiperkinético en la actitud de su madre hacia él?
- ¿Influye la escolaridad de la madre en la actitud que tenga hacia su hijo hiperkinético?

3. HIPOTESIS.

3.1. Hipótesis Conceptual.

Para los fines del presente estudio se adopta la definición de "actitud" propuesta por Thurstone (1946), quien indica que "... es el grado de afectividad positiva o negativa que se tiene frente a un objeto psicológico ..., es una predisposición de acercamiento (afectividad positiva) o de alejamiento (afectividad negativa) hacia cierta clase de objetos psicológicos".

Las actitudes representan un proceso cognitivo, afectivo y conativo, cuya dirección -favorable o desfavorable-, se establece por las consecuencias que obtiene el individuo

cuando interactua con el objeto psicológico hacia el cual dirige su actitud.

Se designa con el término de "síndrome hiperkinético" al conjunto de signos y síntomas -tres o más-, que aparecen como consecuencia de un daño cerebral, con o sin evidencia de una lesión orgánica cerebral, que incluye, sobreactividad, intranquilidad, inatención, incoordinación motora, impulsividad, desobediencia patológica y problemas de aprendizaje entre otros (Cantwell, 1977).

3.2. Hipótesis de Trabajo.

- HI. A. La información de la madre acerca del manejo de los niños hiperkinéticos influye sobre sus actitudes hacia el niño.
- HI. B. Si la edad de la madre influye sobre su actitud, entonces, las madres con menor edad deberían tener una actitud más favorable hacia su hijo hiperkinético.
- HI. C. Si la capacidad intelectual del niño influye sobre la actitud de su madre; entonces las madres de niños hiperkinéticos con un coeficiente intelectual alto deberían tener una actitud más favorable hacia el niño.
- HI. D. Si la escolaridad de las madres influye sobre su actitud; entonces madres con mayor escolaridad deberían tener una actitud más favorable hacia el niño.

4. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

4.1. Variables Independientes.

- VI₁. Información sobre manejo del niño hiperkinético.
Frecuencia de respuestas correctas a un cuestionario de 20 preguntas sobre el tema (anexo B). Dos niveles de información:
Alto: más de 10 preguntas correctas y,
Bajo: menos de 10 preguntas correctas.
- VI₂. Edad de la Madre: número de años cumplidos reportados.
Dos niveles de edad:
Joven: menos de 34 años y,
Madura: 35 y más años.
- VI₃. Capacidad Intelectual del niño: Puntaje total obtenido de la aplicación del WISC.
Limitriforme: 70-79, Subnormal: 80-89, Normal: 90-110 y,
Normal Brillante: 111-119.
- VI₄. Escolaridad de la madre: se clasifica en tres niveles:
Nivel escolar bajo: analfabeta, primaria incompleta y primaria completa.
Nivel escolar medio: secundaria, preparatoria, educación técnica.
Nivel escolar alto: profesional.

4.2. Variable Dependiente.

Actitud de la madre de niños hiperkinéticos:

Es el resultado o porcentaje favorable o desfavorable de las respuestas que dan los sujetos en una escala de Likert, cuyo objeto es el hijo hiperkinético.

Para efectos del estudio se hizo una división arbitraria al definir la actitud como positiva o negativa, en virtud de que la aplicación de la escala de Likert no se obtiene por sí misma esta división. Así, se definió:

Actitud positiva: puntaje global comprendido entre 82 y 96 en la escala.

Actitud negativa: puntaje global comprendido entre 62 y 80 en la escala.

4.3. Variables Concurrentes.

Las variables controladas en esta investigación fueron:

- Edad del niño: entre 5 y 12 años (*)
- Nivel académico del menor: a nivel correspondiente a su edad y hasta 3 años por debajo del grado respectivo.
- Indicadores de Disfunción Cerebral Mínima.
- Conducta Alterada.
- Medio Ambiente: abandono precoz; abandono actual; familia desintegrada, hogar adoptivo, hogar estable.

*] Ver anexo A.

5. METODO.

5.1 Diseño de Investigación.

El diseño de investigación empleado fue el de "una sola muestra". De acuerdo a Campbell (1978, pp 29 y 30) este diseño se considera pre-experimental, ya que no existe un medio explícito que asegure que las generalizaciones que se pretenden realizar sean diferentes entre la muestra y la población a la que pertenece. Requiere del control de la mortalidad y de la selección de los Sujetos (Ss).

El diseño es de tipo descriptivo en la etapa de piloteo puesto que es una exploración inicial sobre las actitudes de las madres de niños hiperkinéticos, ya que no se contaba con antecedentes que orientasen la investigación y de tipo confirmatorio en la etapa denominada definitiva al facilitar la formulación más específica de hipótesis (Pick, 1980).

El muestreo se obtuvo a través de una selección no probabilística de tipo estratificado e intencional (Muestreo de cuota).

El muestreo de cuota se utiliza cuando se hace una clasificación en estratos de la población, de acuerdo con los objetivos que se pretenden. La selección de los sujetos se realizó en forma intencional y no aleatoriamente.

La principal desventaja del muestreo de cuota es la escasa generalización que se puede realizar en la población.

El uso de este tipo de muestreo se justifica en este es

tudio por el reducido número de sujetos que pudieron participar; no obstante que se presentan con frecuencia conducta hiperactivas en los niños asistentes al servicio de Psicología, pues la mayoría no cumplió con los requisitos para asegurar que presentaban el "síndrome hiperkinético".

Dichas características se obtuvieron al emplear la ficha evaluativa que se muestra en el anexo A y que incluye: edad entre 5 y 12 años, registro EEE alterado, conducta alterada, rendimiento escolar deficiente, CI entre 75 y 119, diagnóstico positivo de cuando menos dos de cuatro profesionistas (maestro, médico, psicólogo y neurólogo).

5.2. Sujetos.

La población estuvo constituida por las madres de niños diagnosticados como hiperkinéticos; aunque inicialmente se pretendió incluir a los padres, se prefirió trabajar únicamente con las madres de estos niños, por ser ellas quienes permanecen mayor tiempo con los menores, quienes socialmente están a cargo del cuidado de los niños y quienes pueden asistir con mayor regularidad al Centro de Rehabilitación.

En el piloto participaron 64 madres de niños hiperkinéticos detectados en el Centro de Educación para la Salud Escolar Núm 5 de Xochimilco, que depende de la SEP en el Distrito Federal.

En la aplicación final participaron 48 madres de niños hiperkinéticos detectados en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango (CREE).

5.3. Instrumentos.

I. En el diagnóstico del síndrome se empleó la ficha evaluativa que aparece en el anexo A, con el cual se obtuvieron datos sobre: edad del menor, coeficiente intelectual, nivel académico, indicadores de disfunción cerebral, registro de EEG, tratamiento, conducta, medio ambiente y desarrollo psicomotor.

Cabe indicar que los niños seleccionados además de presentar las conductas alteradas, poseían un diagnóstico positivo de cuando menos 3 de 4 profesionistas (médico, psicólogo, neuropediatra, maestro).

II. Cuestionario de Conocimientos.

Se elaboró un formato de 20 preguntas concretas sobre el tema: 12 de opción múltiple y 8 de relacionar palabras con la definición respectiva. Se trató de emplear un vocabulario sencillo, evitando preguntas dobles o de doble negación.

Durante el piloteo se hicieron preguntas abiertas para establecer las alternativas definitivas del cuestionario.

III. Escala de Actitudes.

Para la medición de los componentes afectivos y cognitivos de la actitud, se consideró que lo más conveniente era el uso de una escala tipo Likert, de acuerdo con los lineamientos indicados por Edwards (1968) para la comparación de grupos, en relación a las variables independientes previamente indicadas.

Edward indica que de los enunciados proporcionados por diversas personas, deben seleccionarse las afirmaciones que se relacionan con el objeto psicológico; una mitad favorable y la otra mitad desfavorable. Las afirmaciones se elaboraron tomando en cuenta los aspectos de: comportamiento en la escuela y el hogar, castigo, autoridad, sobreprotección, afecto e inteligencia.

De un total de 180 afirmaciones, se seleccionaron 22 favorables y 22 desfavorables que se aplicaron a los 64 sujetos que participaron en el piloteo del instrumento.

	aspecto	Emocional	Conativo
dirección			
Favorables		1, 3, 4, 19, 22, 24	7, 10, 14, 17, 21, 18
Desfavorables		8, 12, 13, 15, 16, 20	2, 5, 6, 9, 11, 23

Tabla A. Distribución final de ítems.

La Tabla A, muestra la forma final en que se distribuyeron los ítems. En el piloteo, los 64 Ss que actuaron como jueces, clasificaron las frases conforme a su grado de acuerdo o desacuerdo y no al grado de favorabilidad o desfavorabilidad que las frases implican por sí mismas. Las cinco categorías son: muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y, muy en desacuerdo.

A las frases favorables se les asignaron los siguientes pesos: muy de acuerdo, 5; de acuerdo, 4; indeciso, 3; en desacuerdo, 2; muy en desacuerdo, 1.

Los pesos se invirtieron en las calificaciones asignadas a las frases desfavorables: para muy en desacuerdo, 5 y, para muy de acuerdo, 1.

Para cada juez, se sumaron los puntajes en cada categoría. Después se ordenaron todas las calificaciones, de las más altas a las más bajas para cada frase. Y finalmente, se seleccionaron el 25% más alto y el 25% más bajo, como criterio para evaluar cada uno de los enunciados.

Edwards indica que las diferencias entre los dos grupos (de puntajes altos y puntajes bajos), se obtiene de aplicar una prueba estadística como la prueba t , cuya fórmula es:

$$t = \frac{\bar{X}_A - \bar{X}_B}{\sqrt{\frac{(X_A - \bar{X}_A)^2 + (X_B - \bar{X}_A)^2}{N(N-1)}}$$

Los valores de t igual o mayor a 1.75 indican que los promedios de respuesta en los grupos alto y bajo varían de manera significativa, si existen 25 sujetos en cada uno de los grupos. Estos valores indican el grado de validez de cada ítem.

Se obtuvieron 21 afirmaciones con valor $t \leq 1.75$ y tres afirmaciones con valor t entre 1.75 y 1.57, que formaron los 24 ítems de la escala final, 12 favorables y 12 desfavorables.

Para cada ítem los valores t respectivos fueron:

Núm de ítem	Valor t	Probabilidad
12	- 4.32	0.000
9	- 3.93	0.000
2	- 3.56	0.001
1	- 3.17	0.004
24	- 2.96	0.006
3	- 2.95	0.006
20	- 2.89	0.007
6	- 2.80	0.009
23	- 2.73	0.011
7	- 2.64	0.014
13	- 2.57	0.016
8	- 2.53	0.017
22	- 2.33	0.023
21	- 1.97	0.058
16	- 1.95	0.061
11	- 1.86	0.072
10	- 1.80	0.081
18	- 1.79	0.084
19	- 1.79	0.084
15	- 1.77	0.087
14	- 1.73	0.094
17	- 1.73	0.095
4	- 1.72	0.097
5	- 1.66	0.102

La confiabilidad del instrumento se realizó de la aplicación del puntaje α de Cronbach. El coeficiente α de Cronbach indica el grado de consistencia interna entre los ítems;

y es una generalización de la fórmula de Kuder-Richardson para ítems dicotómicos. La fórmula del Coeficiente es como sigue:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[\frac{T^2 - \sum I^2}{T^2} \right]$$

K = número de ítems en la escala

I = ítem

T = total (o total de la subescala)

(Crombach, 1951).

Se obtuvo una $\alpha = 0.3779$ con un nivel de significancia o probabilidad $p = 01$ y $gl = 63$.

6. PROCEDIMIENTO.

Primera etapa: **Piloteo.**

Como ya se mencionó, los sujetos que actuaron como jueces para la validación de los instrumentos se obtuvieron de la selección realizada en el Centro de Educación para la Salud Núm 5 de Xochimilco, por un equipo multidisciplinario entre quienes se encuentra el Dr. Francisco Barriga, neurólogo del centro.

Inicialmente se citó a 72 madres en las escuelas: Igna-

cio Ramírez, Carlos García, Quilaztli, Fernando Celada, Xochimilco y Tizoc. Escuelas a las que asistían los niños diagnosticados como hiperkinéticos. Puesto que sólo asistieron 29 de los sujetos, se visitó a las madres restantes en sus casas; dejándoles para su resolución el cuestionario y la escala, los cuales se recojían en los dos días siguientes a su entrega.

Domicilios falsos o negativas para contestar los cuestionarios fueron dos variables extrañas que aparecieron en esta etapa.

SEGUNDA ETAPA: Aplicación Definitiva.

Los sujetos seleccionados en esta etapa fueron las madres de niños diagnosticados como hiperkinéticos que asistían al CREE de Durango y a quienes se citó en esta institución para la resolución de la escala y el cuestionario.

Doce de las 48 madres seleccionadas fueron visitadas en sus hogares para la aplicación de los instrumentos.

Se aplicó primero la escala de actitudes y posteriormente el cuestionario de conocimientos. La aplicación total duró un promedio de 2.25 hrs. y se realizó en dos sesiones, con un lapso entre ambas aplicaciones de una semana. En igual forma se procedió tanto en la etapa de piloteo como en la de la aplicación definitiva.

7. DISEÑO ESTADÍSTICO.

7.1. Hipótesis Nulas.

H₀. A. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de información que poseen las madres de los niños hiperkinéticos y la actitud que presentan hacia ellos.

H₀. B. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud de las madres de niños hiperkinéticos cuyos hijos poseen un coeficiente intelectual alto y la actitud de las madres de niños hiperkinéticos cuyos hijos poseen un coeficiente intelectual bajo.

H₀. C. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud de las madres de mayor edad hacia sus hijos hiperkinéticos y la actitud de las madres de menor edad hacia sus hijos hiperkinéticos.

H₀. D. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud de las madres con mayor escolaridad hacia sus hijos hiperkinéticos y la actitud de las madres con menor escolaridad hacia sus hijos hiperkinéticos.

7.2. Selección de Pruebas Estadísticas.

Para realizar la prueba de las hipótesis se empleó la

fórmula de χ^2 :

$$\chi^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$$

Nivel de Significancia.

Se fijó un nivel de significancia de 0.05 con una $n = 48$.

Distribución de la Muestra.

$$glt = N - 1$$

Región de Rechazo:

Dado que las hipótesis se establecieron con dirección, queda establecida la región de rechazo en una de las colas de la distribución.

Comprobación de Hipótesis..

Para la comprobación de hipótesis en esta investigación, se empleó la fórmula de chi cuadrada para dos muestras independientes cuya fórmula es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

donde:

O_{ij} es el número observado de casos clasificados en la fila i de la columna j , y

E_{ij} es el número de casos esperados que se clasificaran en la fila i de la columna j

$\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k$ indica la suma de todas las celdillas; es decir, la suma en todas las filas (r) y en todas las columnas (k).

Esta prueba se utiliza cuando $N > 40$ y si menos del 20% de las celdillas tienen una frecuencia esperada menor que 5 y, si no hay ninguna celdilla con una frecuencia esperada menor que 1.

Para la valuación de hipótesis de nulidad cuando las frecuencias se agrupan en una tabla de contingencias 2×2 en donde " r " y " k " -hileras y columnas-, son iguales a 2 se usó la fórmula de chi cuadrada siguiente:

$$\chi^2 = \frac{N \left(\frac{|AD - BC|}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)} \right)^2}{N/2}$$

en donde los grados de libertad: $gl = 1$.

CAPITULO 5.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

COMPROBACION DE HIPOTESIS.

CAPITULO 5.

RESULTADOS.

1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION QUE PARTICIPO EN LA ETAPA DE PILOTEO.

De los datos obtenidos por el equipo multidisciplinario que diagnosticó a los niños hiperkinéticos en el Centro de Educación para la Salud Núm 5 de Xochimilco, cuyas madres funcionaron como jueces de los instrumentos, se presentan los siguientes cuadros.

1.1. Características de los niños.

(Los porcentajes redondeados aparecen dentro de los paréntesis).

Edad	Masculino	Femenino	Total por edad (%)
5-7	16	3	19 (30)
8-10	27	4	31 (48)
11-13	13	1	14 (22)
Total por sexo	56 (87.5)	8 (12.5)	64

TABLA 1. Edad y Sexo de los niños.

$$\bar{X} = 541/64 = 8.4 \text{ años.}$$

Como se observa, el 87.5% de estos niños fueron de sexo masculino y 12.5% fueron mujeres. La media de edad fue de 8.4 años.

TABLA 2. Escolaridad y Edad de los niños.

Escolaridad	Edad en años cumplidos										Total (%)
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
nula	3	2	1								6 (9)
P R I M	1o	1	4	5	2						12 (19)
	2o			5	2	2					12 (19)
	3o				3	4	3	1			11 (17)
	4o					2	5	1	1		9 (14)
	5o						3	2	4		9 (14)
	6o									1	2 (3)
S E C	1o								2		2 (3)
	2o								1		1 (2)
	3o										-- --
Total %	4	6	9	10	8	13	5	5	4	-	64
	6	9	14	16	12	20	8	8	6	-	99

(*) El nivel normal se encuentra dentro de lo sombreado.

El promedio de escolaridad fue de 2o grado de primaria. El 31% estuvo en el nivel escolar esperado; el 38% tenía un año de retraso. El 22% tenía 2 años de retraso y el 5% tenía 3 años de retraso. Sólo el 2% tenía un año de adelanto del ciclo escolar esperado, de acuerdo a su edad.

TABLA 3. Nivel Escolar.

nivel escolar	Frecuencia %	
arriba de la normal	1	(2)
normal	20	(31)
un año de retraso	25	(39)
dos años de retraso	14	(22)
tres años de retraso	5	(8)

TABLA 4. Edad y Coeficiente Intelectual.

Edad	Coeficiente Intelectual				Total por edad (%)
	70-79	80-89	90-110	111 y +	
5-7	1	4	9	5	19 (30)
8-10	4	8	16	3	31 (48)
11-13	--	3	10	1	14 (22)
14 y +	--	--	--	--	----
Total CI	5 (8)	15 (23)	35 (55)	9 (14)	64

El promedio de inteligencia encontrado fue el normal con un 55%, aunque el 14% tenía un C.I. superior al normal. (La evaluación se basó en la aplicación del WISC, Raven y Goodenough).

TABLA 5. Registro electroencefalográfico (EEG) y Tratamiento.

	Tratamiento	Sin tratamiento	Total (%)
EEG normal	11	13	24 (37)
EEG anormal	36	4	40 (63)
Total (%)	47 (73)	17 (27)	64

Es de notar que el 63% presentó un registro EEG anormal, que indica una posible Disfunción Cerebral mínima (DCM).

Del total de niños seleccionados, el 73% estaban en tratamiento médico con dosis variables de Ritalín.

TABLA 6. Antecedentes heredo-patológicos, familiares y perinatales.

nivel		Frecuencia (%)
Hereditarias	Alcoholismo	32 (50)
	Diabetes	17 (26)
	Epilepsia	2 (3)
Familiares	Neurosis	13 (20)
Perinatales	Hipoxia	24 (37)
	Traumatismo craneal	23 (36)
	Uso de Fórceps	14 (22)
	Ictericia	9 (14)
	Amenaza de Aborto	7 (11)
	Nac. prematuro	2 (3)

Las principales anomalías detectadas en el aspecto hereditario se refieren a alcoholismo en 50% y Diabetes en 26%.

Se registraron como condiciones de mayor incidencia en este grupo y en nivel perinatal las siguientes: Hipoxia en 37% traumatismo craneal en la primera infancia en 36% y uso de Fórceps en 22%

TABLA 7. Frecuencia de Conductas Alteradas.

Conducta alterada	Total	(%)
Trastornos del aprendizaje	49	76
Hiperactividad	29	45
Distractibilidad (inatención)	18	28
Agresividad	13	20
Ansiedad	12	19
Incoordinación motora	9	14
Baja tolerancia a la frustración	7	11
Impulsividad	5	8
Desobediencia patológica	7	11

Las principales conductas alteradas que presentaban los niños cuyas madres participaron en el piloteo fueron: trastornos del aprendizaje, hiperactividad, inatención y agresividad con más del 20% en cada caso.

Síntomas	Frecuencia (%)
De 0 a 2	9 (14)
De 3 a 5	49 (76)
más de 6 síntomas	6 (10)

TABLA 8.
Síntomas.

El 14% de los niños presentó de 0 a 2 síntomas; el 76% presentaban entre 3 y 5 síntomas y el 10% más de 6 síntomas.

1.2. Características de las Madres.

Edad	Frecuencia	%
menos de 29 años	27	42
30 a 34	9	14
35 a 39	16	25
40 a 44	6	9.3
45 y +	6	9.3
Total	64	99

TABLA 9. Edad de las madres.

$$\bar{X} = \frac{2170}{64} = 33.9 \text{ años}$$

El 42% de las madres tenían menos de 29 años; el 9.3% tenían más de 45 años. El promedio de edad fue de 33.9 años.

TABLA 10. Escolaridad de las Madres.

Escolaridad	Frecuencia	%
analfabeta	7	11
Prim. incompleta	18	28
Prim. completa	29	45
Secundaria	4	6
Preparatoria	-	--
Esc. Técnica	4	6
Profesional	2	3
Total	64	99

El 45% tenían primaria completa; el 28% tenían primaria incompleta. Sólo el 3% tuvo una enseñanza a nivel profesional y el 11% era analfabeta.

2. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA DURANTE LA APLICACION DEFINITIVA.

Los datos que se reportan se extrajeron de las fichas aplicadas en el CREE DE DURANGO, en base al anexo A.

2.1. Características de los niños.

(los porcentajes redondeados aparecen dentro de los paréntesis).

TABLA 11. Edad y Sexo de los niños.

Edad	Masculino	Femenino	Total Edad (%)
5-7	12	4	16 (33)
8-10	16	6	22 (46)
11-13	8	-	8 (17)
14 y +	2	-	2 (4)
Total por sexo	38 (79)	10 (21)	48

$$\bar{X} = 420/48 = 8.75 \text{ años}$$

En esta muestra el 79% fueron hombres y el 21% mujeres. La media de edad fue de 8.75 años. Comparados con los niños de la etapa de piloteo, no se observan grandes diferencias en relación a la media de edad (8.4 años ante 8.75 años).

Respecto a la distribución por sexo; el 79% fue masculino en esta población que equivale a la proporción que indica Renshaw de 4 hombres ante 1 mujer.

TABLA 12. Escolaridad y edad.

Escolaridad		Edad en años cumplidos									Total (%)	
		5	6	7	8	9	10	11	12	13		14
nula			2									3 (6)
P R I M	1o			5	1							10 (21)
	2o			4	4	3	1		1			13 (27)
	3o			3	5	5	2	1				11 (23)
	4o						1	2	1			4 (8)
	5o						2	1	1	1	1	6 (13)
	6o											-- --
S E C	1o										1	1 (1)
	2o											-- --
	3o											-- --
Total		1	6	9	8	8	6	4	3	1	2	48
%		2	13	19	17	17	13	8	6	2	4	

El promedio de escolaridad fue de Segundo grado y medio. El 29% se encontró en el nivel escolar esperado; el 37% tenía un año de retraso. El 21% tuvo 2 años de retraso y el 8% se ubicó a 3 años por debajo del nivel escolar esperado.

Es importante indicar que no se encontró a nadie con un nivel escolar por encima del normal esperado y que el 4% tenía una escolaridad con más de 3 años de retraso.

TABLA 13. Nivel escolar encontrado.

Nivel escolar	Frecuencia	%
arriba de la normal	--	--
normal	14	29
un año de retraso	18	37
dos años de retraso	10	21
tres años de retraso	4	8
más de 3 años de retraso	2	4

TABLA 14. Edad y Coeficiente Intelectual.

Edad	Coeficiente Intelectual				Total Edad (%)
	70-79	80-89	90-110	111 y +	
5-7	1	1	10	4	10 (33)
8-10	3	4	13	2	22 (46)
11-13	--	1	5	2	8 (17)
14 y +	--	--	1	1	2 (4)
Total	4	6	29	9	48
CI	(8)	(13)	(60)	(19)	

El Coeficiente intelectual encontrado fue el normal con un 60%, aun cuando un alto porcentaje (19%) reporta un coeficiente superior al normal. La evaluación se basó en la aplicación de WISC y Goodenough-Harris.

TABLA 15. Registro electroencefalográfico (EEG) y tratamiento.

	Con tratamiento	Sin Tratamiento	Total EEG (%)
EEG normal	3	7	10 (21)
EEG anormal	23	15	38 (79)
Total	26 (58)	22 (46)	48

El 79% de los niños presentó un registro EEG anormal, aunque 15 de ellos (el 39% de ellos) no tenían tratamiento de ningún tipo.

A pesar de ello, más de la mitad de los niños seleccionados estaban en tratamiento médico con medicamentos varios (Ritalín, Diazepan y Melleril).

TABLA 16. Antecedentes heredo-patológicos, familiares y perinatales.

Nivel		Frecuencia (%)
Hereditarias	Alcoholismo	27 (56)
	Diabetes	8 (17)
	Epilepsia	3 (6)
Familiar	Neurosis	6 (10)
Perinatales	Hipoxia	17 (35)
	Traumatismo craneal	15 (31)
	Uso de fórceps	13 (27)
	Ictericia	2 (4)
	Amenaza de Aborto	2 (4)
	Nac. Prematuro	--- -----

Al igual que en el grupo que participó en el Piloteo; en este grupo, las principales anomalías detectadas en el aspecto hereditario se refieren al alcoholismo y la diabetes. La frecuencia encontrada es similar a la reportada por Morrison en 1979.

Asimismo, la hipoxia, los traumatismos craneales y el uso de fórceps se presentan como las principales condiciones perinatales involucradas en el síndrome, lo cual es mencionado por Velasco en 1979.

TABLA 17. Frecuencia de Conductas Alteradas.

Conducta alterada	Frecuencia (%)	
Trastornos del aprendizaje	33	69
Hiperactividad	26	54
Agresividad	16	33
Distractibilidad (distracción)	15	31
Incoordinación motora	11	23
Ansiedad	11	23
Desobediencia patológica	9	19
Impulsividad	9	19
Baja tolerancia a la frustración	7	15

Se encontraron frecuencias más elevadas de conductas alteradas en esta muestra que en la que sirvió como piloto; aunque se presentan en el mismo orden: Trastornos del aprendizaje, hiperactividad, agresividad e inatención con más del 31% de los casos.

TABLA 18. Frecuencia de síntomas.

Síntomas	Frecuencia (%)
De 0 a 2 síntomas	7 (15)
De 3 a 5 síntomas	36 (75)
De 5 y + síntomas	5 (10)

Los porcentajes encontrados respecto al número de síntomas presentes en cada caso es similar en las dos etapas, encontrándose la mayor frecuencia entre 3 y 5 síntomas.

2.2. Características de las Madres.

TABLA 19. Edad de las madres.

Edad	Frecuencia	%
menos de 29 años	14	29
30 a 34	15	31
35-39	7	15
40-44	9	19
45 y +	3	6
Total	48	100

$$\bar{X} = 1650 / 48 = 34.3 \text{ años.}$$

La media de edad encontrada fue de 34.3 años. El 29% de las madres tenían menos de 29 años y el 6% de 45 o más años.

TABLA 20. Escolaridad de las Madres.

Escolaridad	Frecuencia	%
analfabeta	2	4
Primaria incompleta	17	35
Primaria completa	18	37
Secundaria	5	10
Preparatoria	-	-
Escuela técnica	2	4
Profesional	4	8
Total	48	99

La mayor frecuencia encontrada fue de primaria completa. Se observa que el nivel escolar es superior en este grupo comparándolo con el grupo del piloteo; ya que el 8% tuvo acceso a educación profesional y sólo el 4% no sabía leer.

TABLA 21. Comparación de las principales características de las Madres durante el Piloteo y la Aplicación Definitiva.

Principales Características de las Madres	PILOTEO	APLICACION DEFINITIVA
Edad promedio	33.9 años	34.3 años
menores de 29 años	42%	29 %
Primaria terminada	45%	37 %

La Tabla anterior muestra las principales características encontradas en los grupos estudiados. Lo anterior indica que ambas muestras son similares aún cuando no se emplearon los mismos instrumentos de diagnóstico en cada ocasión y que la primera muestra se obtuvo del Distrito Federal y la segunda de una ciudad de provincia.

Los datos que se reportan reafirman los índices mencionados por diversos autores respecto a la elevada frecuencia de aparición de las principales características; ejemplos de estos índices son : la edad promedio de 8 años, un CI normal y el frecuente registro EEG alterado.

ANALISIS DE RESULTADOS

A CONTINUACION SE PRESENTA UNA COMPARACION ENTRE LOS PORCENTAJES MAS ALTOS OBTENIDOS Y LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS DISTINTIVAS DE LAS DOS MUESTRAS ESTUDIADAS.

CARACTERISTICAS PRINCIPALES DEL NIÑO	PILOTEO -----	APLICACION DEFINITIVA -----
EDAD	8.4 AÑOS	8.7 AÑOS
SEXO MASCULINO	87 %	79 %
ESCOLARIDAD	2º GRADO	2.5 GRADOS
NIVEL ESCOLAR NORMAL	31 %	38 %
CON RETRASO DE UN AÑO	29 %	37 %
C. I. NORMAL	55 %	60 %
C. I. SUPERIOR AL NORMAL	14 %	19 %
REGISTRO EEG ANORMAL	63 %	38 %
TRATAMIENTO MEDICO	73 %	58 %
ANTECEDENTES HEREDITARIOS		
PATOLOGICOS:		
= ALCOHOLISMO	50 %	56 %
= DIABETES	26 %	17 %
ANTECEDENTES PERINATALES		
PATOLOGICOS:		
= HIPOXIA	37 %	35 %
= USO DE FORCEPS	22 %	27 %
= TRAUMATISMO CRANEAL	36 %	31 %
CONDUCTAS ALTERADAS		
= TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	76 %	69 %
= HIPERACTIVIDAD	45 %	54 %
= AGRESIVIDAD	20 %	33 %
= INATENCION	28 %	31 %

TABLA 22; COMPARACION DE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL NIÑO DURANTE EL PILOTEO Y LA APLICACION DEFINITIVA.

3.

CONCENTRADO DE RESPUESTAS OBTENIDAS DE LA APLICACION DE LA ESCALA DE ACTITUD Y EL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.

NUM DE CUEST	PUNTAJE DE ACTITUD	PUNTAJE DE INFORMACION	C. I. -----	ESCOL, MADRE	EDAD MADRE
01	79	05	79	3	27
02	79	08	104	1	34
03	88	13	97	1	32
04	71	09	86	1	31
05	71	08	86	0	38
06	78	05	97	2	35
07	65	08	99	2	27
08	75	05	107	6	36
09	80	09	91	2	44
10	90	13	97	6	34
11	62	05	83	2	39
12	87	13	80	1	25
13	97	11	95	2	34
14	86	12	105	2	33
15	84	13	107	2	32
16	94	15	109	2	44
17	94	17	97	1	29
18	87	15	95	4	34
19	91	08	120	7	33
20	72	03	78	1	37
21	87	13	97	2	34
22	79	08	99	1	40
23	80	03	105	1	57
24	82	07	111	3	38
25	76	06	79	1	40
26	83	12	80	2	44
27	91	11	104	2	39
28	79	06	77	1	38
29	85	09	108	2	24
30	82	14	112	3	58

NUM DE CUEST	PUNTAJE DE ACTITUD	PUNTAJE DE INFORMACION	C.I. ----	ESCOL MADRE	EDAD MADRE
31	74	10	97	1	29
32	88	10	111	2	42
33	70	8	84	0	48
34	87	10	112	2	29
35	82	11	108	2	33
36	71	9	98	1	24
37	77	11	97	1	42
38	86	13	101	2	29
39	80	09	98	1	27
40	84	13	124	2	35
41	70	09	99	1	42
42	82	15	118	7	32
43	85	12	112	2	29
44	95	10	112	4	32
45	73	16	99	1	32
46	73	11	97	1	28
47	78	7	94	3	40
48	90	12	108	7	34

NOTA: El puntaje en información se refiere al número de respuestas correctas.

Los números en escolaridad de la madre se refieren a:

0=ANALFABETA

5=PREPARATORIA

1=PRIMARIA INCOMPLETA

6=ESCUELA TECNICA

2=PRIMARIA COMPLETA

7=PROFESIONAL

3=SECUNDARIA INCOMPLETA

4=SECUNDARIA COMPLETA

COMPROBACION DE HIPOTESIS.

I. Comprobación de la H.I. A: Actitud y Nivel de información de las madres.

Para la hipótesis H.I. A, que compara la actitud de la madre hacia su hijo hiperkinético y el nivel de información que posee la madre respecto al manejo de estos niños, se empleó la fórmula de χ^2 corregida por la continuidad:

$$\chi^2 = \frac{N (|AD - BC| - N/2)^2}{(A+B) (C+D) (A+C) (B+D)}$$

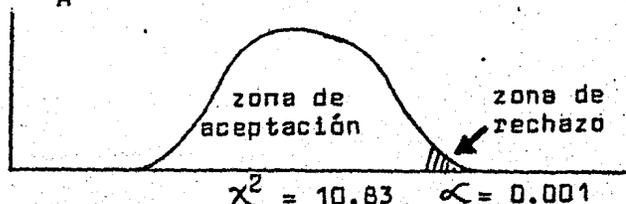
con un nivel de significancia de $\alpha = 0.001$ para una $N = 48$.

Los grados de libertad reflejan el número de observaciones libres de variar que en una tabla de contingencias $r \times k$ se puede encontrar con: $gl = (r - 1) (k - 1)$

en esta ocasión: $gl = (2-1) (2-1) = 1$

Región de Rechazo: La H.I. A predice la región de rechazo de una cola; lo cual indica que "si el valor observado de chi cuadrada es igual que 10.83 para la chi cuadrada en un nivel de significancia de 0.001, la prueba es significativa y se rechaza la Ho.A. en ese nivel de significancia".

Si $\chi^2_A \geq \chi^2$ con α, gl entonces se rechaza Ho.A.



Decisión : Los datos obtenidos se muestran en la Tabla 23 e indican que de las 26 madres que tienen baja información, 6 tienen una actitud positiva y 20 una actitud negativa. De las 22 madres que tienen información elevada, 19 tenían una actitud positiva y 3 una actitud negativa hacia su interacción con el niño hiperkinético

	Baja información	Alta información	
Actitud positiva (82 a 97)	6 (11.54)	19 (11.45)	25
Actitud negativa (62 a 80)	20 (12.45)	3 (10.54)	23
	26	22	48

TABLA 23. Actitud y nivel de información de la madre.
(Se muestra la distribución observada. Los puntajes dentro de los paréntesis indican las frecuencias esperadas).

$$\chi^2_A = \frac{48 \left(\frac{6}{26} \times \frac{3}{22} - \frac{19}{26} \times \frac{20}{22} - \frac{48}{2} \right)^2}{25 \times 23 \times 26 \times 22}$$

$$\chi^2_A = 16.67$$

La probabilidad de ocurrencia conforme a la Ho A para una $\chi^2_A \geq 16.67$ con $gl=1$ es $p < 1/2 (0.002) = p < 0.001$

En vista de que p es mayor que $\alpha = 0.001$, se rechaza la Ho. A y se acepta la HI.A. Concluimos que las madres de niños hiperkinéticos que tienen mayor información sobre el síndrome y su manejo tienen una actitud más favorable hacia sus hijos más frecuentemente que las madres de niños hiperkinéticos que poseen baja información sobre el tema.

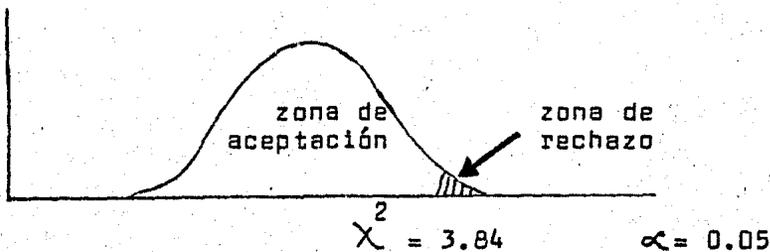
II. Comprobación de la HI.B. : Actitud y Edad de la Madre.

La Hipótesis HI.B. compara la actitud de la madre con la edad de la misma; para su comprobación se empleó también la fórmula de χ^2 corregida por la continuidad, que se empleó para la comprobación de la HI.A.

$$\begin{aligned}\alpha &= 0.05 \\ N &= 48 \\ g1 &= 1\end{aligned}$$

Región de rechazo: La hipótesis HI.B. predice la región de rechazo en una cola; la cual indica que "si el valor observado de chi cuadrada es igual o mayor que 3.84 para la chi cuadrada con un nivel de significancia igual a 0.05, la prueba es significativa y se rechaza la HO.B."

Si $\chi^2_B \geq \chi^2_{\alpha, g1}$; entonces se rechaza Ho.B.



Decisión: La tabla 24 indica que de las 29 madres con una edad adulta-joven, 19 tenían una actitud positiva y 10 una actitud negativa. De las 19 madres con una edad adulta-madura, 6 tenían una actitud positiva y 13 una actitud negativa hacia el niño hiperkinético. En esta tabla se indica la distribución observada fuera de los paréntesis; dentro de ellos se anotan las frecuencias esperadas.

	Adulto-Joven	Adulto-Maduro	
Actitud positiva (82-97)	19 (15.10)	6 (9.89)	25
Actitud negativa (62-80)	10 (13.89)	13 (9.10)	23
	29	19	48

TABLA 24. Actitud y Edad de la madre.

$$\chi^2_B = \frac{48 \left(\frac{19}{29} \times \frac{13}{23} - \frac{6}{19} \times \frac{10}{29} \right)^2}{\left(\frac{25}{29} \right) \times \left(\frac{23}{29} \right) \times \left(\frac{29}{29} \right) \times \left(\frac{29}{29} \right)} =$$

$$\chi^2_B = 3.83$$

En vista de que el valor observado de chi cuadrada es menor a 3.84 en un nivel de significancia de 0.05 se acepta la H_0 B y se rechaza la H_1 B .

Concluimos que la edad de las madres de niños hiperkinéticos no afecta directamente en la actitud favorable o desfavorable que presenta hacia su hijo hiperkinético; o sea, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud de las madres de mayor edad y las de menor edad hacia sus hijos hiperkinéticos.

III. Comprobación de la HI. C. : Actitud de la madre y el nivel intelectual del niño.

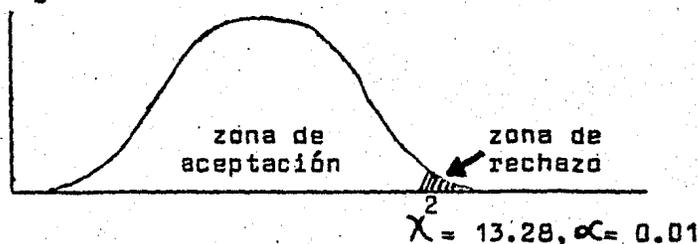
Para la hipótesis HI.C., que compara la actitud de la madre hacia su hijo hiperkinético y el coeficiente intelectual de éste, se empleó la fórmula de chi cuadrada para dos muestras independientes:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

con un nivel de significancia de $\alpha = 0.01$ para una $N = 48$.
 $gl = (5-1)(2-1) = 4$.

Región de rechazo: La HI.C. predice la región de rechazo en una cola; la Hipótesis HI.C. indica que "si el nivel observado de chi cuadrada es igual o mayor que 13.28 para la chi cuadrada en un nivel de significancia de 0.01, la prueba es significativa y se rechaza Ho.C., en ese nivel de significancia".

Si $\chi^2_C \geq 13.28$ con $\alpha=0.01$, $gl = 4$; entonces se rechaza Ho.C.



Decisión: La Tabla 25 indica que las madres de los 4 niños con un CI entre 70 y 79 tienen una actitud negativa. De las 6 madres con niños cuyo CI fluctúa entre 80 y 89, 2 tienen una actitud positiva y 4 una actitud negativa.

De las 18 madres cuyos hijos poseen un CI entre 90 y 99, 6 tienen una actitud positiva y 12 una actitud negativa hacia sus hijos hiperkinéticos. De las 11 madres de niños con un

CI entre 100 y 109, 8 tienen una actitud positiva y 3 tienen una actitud negativa. Y las 9 madres cuyos hijos poseen un CI mayor a 111 tienen una actitud positiva hacia éstos últimos.

	Coeficiente Intelectual					
	70-79	80-89	90-99	100-109	111 y +	
Actitud positiva (82-97)	0 (2.08)	2 (3.12)	6 (9.37)	8 (5.72)	9 (4.68)	25
Actitud negativa (62-80)	4 (1.91)	4 (2.87)	12 (8.62)	3 (5.27)	0 (4.32)	23
	4	6	18	11	9	48

TABLA 25. Actitud de la madre y Coeficiente Intelectual del niño.

$$\chi^2_c = \frac{(0 - 2.08)^2}{2.08} + \frac{(2 - 3.12)^2}{3.12} + \frac{(6 - 9.37)^2}{9.37} + \frac{(9 - 4.68)^2}{4.68} + \frac{(4 - 1.91)^2}{1.91} + \frac{(4 - 2.87)^2}{2.87} + \frac{(12 - 8.62)^2}{8.62} + \frac{(3 - 5.27)^2}{5.27} + \frac{(0 - 4.32)^2}{4.32} + \frac{(8 - 5.72)^2}{5.72}$$

$$\chi^2_c = (2.08) + (0.40) + (1.21) + (0.90) + (2.28) + (0.42) + (1.32) + (0.97) + (4.31) + (3.98).$$

$$\chi^2_c = 17.90$$

Puesto que el valor obtenido de χ^2_c es mayor a 13.28, la prueba es significativa a un nivel del 0.01 y, por tanto, se rechaza la H_0 o C_0 y se acepta la H_1 o C_1 a un α de 0.01.

De lo anterior se concluye que las madres de niños hiperkinéticos tienen una actitud más favorable con mayor frecuencia cuando sus hijos poseen un coeficiente intelectual alto que cuando sus hijos poseen un bajo nivel intelectual; es decir, el coeficiente intelectual del niño hiperkinético influye en el grado de favorabilidad de la actitud que tenga la madre hacia él.

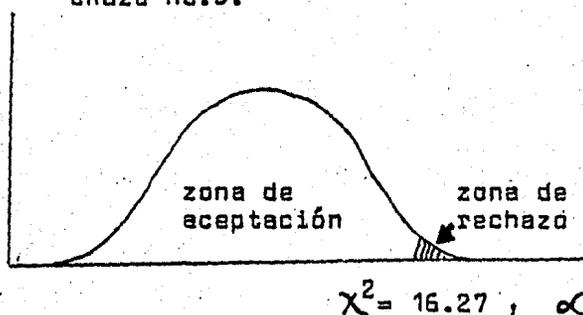
IV. Comprobación de la H.I.D.: Actitud de la madre y Escolaridad de la madre.

Para la Hipotesis H.I.D. que confronta la actitud de la madre hacia sus hijo hiperkinético y el nivel escolar de ella, se empleó la fórmula de χ^2 para dos muestras independientes, misma fórmula que se empleó en la comprobación de la H.I.C.

$$\begin{aligned}\alpha &= 0.001 \\ N &= 48 \\ gl &= 3\end{aligned}$$

Región de rechazo.: La hipótesis H.I.D. indica que "si el valor observado de chi cuadrada es igual o mayor que 16.27 para la chi cuadrada en un nivel de significancia de 0.001 con 3 grados de libertad, la prueba es significativa y se rechaza la H.O.C. en ese nivel de significancia".

Si $\chi^2_D \geq 16.27$ con $\alpha = 0.001$ y $gl = 3$; entonces se rechaza H.O.D.



Decisión: Los datos de la Tabla 26 indican que de las 19 madres con un nivel escolar bajo, 3 tienen una actitud positiva y 16 una actitud negativa hacia sus hijos hiperkinéticos.

De las 23 madres con un nivel escolar medio, 17 tienen una actitud positiva y 6 una actitud negativa. Finalmente, de las 6 madres con una escolaridad alta, 5 tienen una actitud positiva y 1 una actitud negativa hacia su hijo hiperkinético.

	Nivel Escolar			
	Bajo	Medio	Alto	
Actitud positiva (82-97)	3 (9.89)	17 (11.97)	5 (3.12)	25
Actitud negativa	16 (9.10)	6 (11.02)	1 (2.87)	23
	19	23	6	48

TABLA 26. Actitud Materna y Nivel Escolar de la madre.

$$\chi^2_D = \frac{(3 - 9.89)^2}{9.89} + \frac{(17 - 11.97)^2}{11.97} + \frac{(5 - 3.12)^2}{3.12} + \frac{(16 - 9.10)^2}{9.10} + \frac{(6 - 11.02)^2}{11.02} + \frac{(1 - 2.87)^2}{2.87}$$

$$\chi^2_D = 4.80 + 2.11 + 1.13 + 5.23 + 2.28 + 1.21 =$$

$$\chi^2_D = 16.77$$

El valor obtenido de χ^2_D fue mayor a 16.27, por tanto, se acepta la H.I.D y se rechaza la Ho.D., en un nivel de significancia de 0.001.

De lo anterior, se concluye que las madres de niños hiperkinéticos tiene una actitud más favorable con mayor frecuencia cuando poseen un nivel educativo alto que cuando poseen un nivel educativo bajo.

CAPITULO 6.

CONCLUSIONES

PARA UBICAR EL LUGAR QUE LE CORRESPONDE AL OBJETIVO QUE SE PRETENDIO CON LA EJECUCIÓN DE ESTE TRABAJO, SE PRESENTA EN PRIMER LUGAR UN RESUMEN DE LOS ELEMENTOS INVOLUCRADOS EN EL TERMINO "SINDROME HIPERKINETICO" Y QUE FUERON ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO PREVIO A ESTA INVESTIGACIÓN:

AL DIAGNOSTICAR A 64 NIÑOS EN LA ETAPA DE PILOTEO Y A 48 MAS EN LA APLICACIÓN DEFINITIVA COMO HIPERKINETICOS SE ENCONTRÓ QUE NO EXISTE UNA CONDUCTA TÍPICA DEL NIÑO QUE PRESENTA EL SÍNDROME. LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS ENCONTRADOS EN LAS MUESTRAS FUERON: TRASTORNOS DE APRENDIZAJE, HIPERACTIVIDAD, AGRESIÓN E INATENCIÓN TAL COMO LO MENCIONA KOPPITZ (1976) AUNQUE EN OTRO ORDEN Y OTRAS FRECUENCIAS. LA MAYORÍA PRESENTÓ ENTRE 3 Y 5 SÍNTOMAS DE LOS 9 QUE SE EMPLEARON PARA SU DIAGNÓSTICO Y ERAN VARONES ENTRE 8 Y 10 AÑOS. SU NIVEL ESCOLAR LOS UBICÓ CON MAYOR FRECUENCIA TANTO EN EL NIVEL NORMAL COMO CON UN AÑO DE RETRASO, AUNQUE UN 4% SE UBICÓ CON MAS DE 3 AÑOS DE RETRASO, SITUACIÓN SIMILAR ENCONTRADA POR NOVEROLA (1976).

SEGUN SU CAPACIDAD MENTAL, LA MAYORÍA SE ENCONTRÓ EN EL RANGO NORMAL DE INTELIGENCIA, CONFORME A LOS DATOS ENCONTRADOS POR GONZALEZ (1976)

MAROSI (1981) DETECTÓ EN UN 15% DE SU POBLACIÓN DISFUNCIÓN CEREBRAL; EN LA MUESTRA ESTUDIADA SE ENCONTRÓ UN 35% DE LOS CASOS DEBIDO A HIPOXIA Y USO DE FORCEPS. WOODRUFF (1975) INDICA LA EXISTENCIA DE REGISTROS EEG. ANORMALES EN UN 23% ; EN LA MUESTRA SE PRESENTÓ EN UN 79% DE LOS NIÑOS. ESTOS DATOS SUGIEREN QUE LOS FACTORES ORGÁNICOS DEBIDOS A DISFUNCIÓN CEREBRAL Y LOS FACTORES GENÉTICOS ASOCIADOS A LA MAYOR FRECUENCIA DE APARICIÓN EN LOS VARONES, TENGAN UN PESO ELEVADO COMO POSIBLES FACTORES CAUSALES.

SE ENCONTRÓ QUE LOS PRINCIPALES FACTORES HEREDITARIOS SE REFIEREN A ALCOHOLISMO Y DIABETES, QUE CONFIRMA LO MENCIONADO POR MORRISON Y STEWART (1974), Y MORRISON (1979).

AUNQUE NO SE HIZO UNA CUANTIFICACIÓN DE LOS FACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS CON POSIBLE INFLUENCIA ETIOLÓGICA, SE SUPONE QUE EL INADECUADO MANEJO FAMILIAR, LA EXCESIVA AFECTIVIDAD Y EL ABANDONO, SON ELEMENTOS RELEVANTES EN LA APARICIÓN Y DESARROLLO DEL SINDROME. COMO YA SE MENCIONÓ, LA MAYORÍA PRESENTÓ DIFICULTADES MÚLTIPLES, ANTE LO CUAL MÁS DE LA MITAD SE LOS NIÑOS DE LA MUESTRA FINAL RECIBÍAN TRATAMIENTO MÉDICO CON RITALIN, DIAZEPAN Y MELLERIL.

ASI PUES, EL CONCEPTO "SINDROME HIPERKINETICO" ABARCA UNA GAMA DE CONDUCTAS QUE PUEDEN APARECER O NO Y, QUE PUEDEN PRESENTARSE ASOCIADAS ENTRE SÍ, LO CUAL COMPLICA SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DEBIDO A ELLO SE SUGIERE LA ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA PARA REDUCIR LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN EN CADA CASO.

DENTRO DE ESTE CONTEXTO, EL OBJETIVO DE NUESTRO TRABAJO FUE INVESTIGAR CUÁL ERA LA ACTITUD DE LA MADRE HACIA SU HIJO HIPERKINETICO; O SEA, QUÉ TAN FAVORABLE ERA CUANDO VARÍA EL GRADO DE INFORMACIÓN SOBRE EL TEMA, LA EDAD Y LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y CUANDO EL NIÑO POSEE UNA CAPACIDAD INTELLECTUAL DETERMINADA. HASTA HOY, SE HA ENCONTRADO QUE CUANDO LA MADRE POSEE UNA ACTITUD MÁS FAVORABLE HACIA EL NIÑO, SE TIENEN MAS PROBABILIDADES DE QUE MEJORE LA CONDUCTA DE ÉSTE.

PARA HACER LA MEDICIÓN DE LA ACTITUD MATERNA, SE CONSTRUYÓ UNA ESCALA DE ACTITUDES TIPO LOMERT QUE SE APLICÓ A 64 MADRES DURANTE EL PILOTEO Y A 48 MADRES EN LA APLICACION DEFINITIVA. EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SE OBTUVO AL APLICARSE UN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA.

LOS DATOS OBTENIDOS SE EVALUARON A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE CHI CUADRADA (χ^2) PARA CONOCER SI EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS ESTUDIADOS DE ACUERDO A CADA UNA DE LAS VARIABLES, PARA LO CUAL SE FORMULARON CUATRO HIPOTESIS DE TRABAJO.

LA PRIMERA HIPOTESIS DE TRABAJO QUE COMPARA LA ACTITUD DE LA MADRE HACIA SU HIJO HIPERKINETICO Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN QUE POSEE LA MADRE

SOBRE EL TEMA, SE ACEPTÓ CON UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE 0.001, CON LO CUAL SE CONCLUYE QUE LAS MADRES DE NIÑOS HIPERKINETICOS CON MAYOR INFORMACION SOBRE EL SÍNDROME, TIENEN UNA ACTITUD MÁS FAVORABLE HACIA SU HIJO CON MAYOR FRECUENCIA QUE LAS MADRES QUE POSEEN MENOR INFORMACIÓN SOBRE EL TEMA.

LA SEGUNDA HIPOTESIS DE TRABAJO QUE COMPARA LA ACTITUD DE LA MADRE CON SU EDAD SE RECHAZÓ A UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE 0.05 Y SE ACEPTÓ LA H₀. CON LO CUAL SE CONCLUYE QUE LA EDAD DE LA MADRE DE NIÑOS HIPERKINETICOS NO AFECTA DIRECTAMENTE EN SU ACTITUD FAVORABLE O DESFAVORABLE HACIA SU HIJO. ES DE NOTAR QUE EL VALOR OBSERVADO DE CHI CUADRADA PARA ESTA HIPOTESIS DIFIERE SÓLO EN UN PUNTO DEL VALOR ESPERADO Y QUE QUIZÁ CON UNA MUESTRA MÁS GRANDE SE PUDIERA ACEPTAR LA HIPOTESIS DE TRABAJO.

LA TERCERA HIPOTESIS DE TRABAJO QUE COMPARA LA ACTITUD DE LA MADRE HACIA SU HIJO HIPERKINETICO Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL DEL NIÑO SE ACEPTÓ A UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE 0.01 CON LO CUAL SE CONCLUYE QUE LA CAPACIDAD INTELECTUAL DEL NIÑO HIPERKINETICO INFLUYE EN EL GRADO DE FAVORABILIDAD DE LA ACTITUD QUE TENGA SU MADRE HACIA EL; O SEA QUE ES MÁS POSIBLE QUE UN NIÑO CON UN COEFICIENTE INTELECTUAL ALTO RECIBA CON MAYOR FRECUENCIA UNA ACTITUD FAVORABLE DE SU MADRE QUE UN NIÑO CON UN BAJO NIVEL INTELECTUAL.

LA CUARTA HIPOTESIS DE TRABAJO QUE COMPARA LA ACTITUD Y EL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE SE ACEPTÓ CON UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE 0.001, SE CONCLUYE QUE EL NIVEL ESCOLAR DE LA MADRE AFECTA EN LA FAVORABILIDAD DE SU ACTITUD HACIA SU HIJO HIPERKINETICO; EN OTRAS PALABRAS, LAS MADRES QUE POSEEN UN NIVEL ESCOLAR MÁS ALTO CON MAYOR FRECUENCIA PRESENTAN UNA ACTITUD MÁS FAVORABLE HACIA SU HIJO QUE LAS MADRES CON UN NIVEL ESCOLAR BAJO.

EXISTEN DOS SITUACIONES RELEVANTES QUE ES IMPORTANTE REMARCAR: MÁS DE LA MITAD DE LOS 48 NIÑOS CUYAS MADRES PARTICIPARON EN LA APLICACIÓN FINAL ESTABAN EN TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIZÁ POR ELLO SE ENCONTRARON CON MAYOR FRECUENCIA ACTITUDES POSITIVAS EN LAS MADRES DE ESTOS NIÑOS COMO LO MUESTRAN LAS TABLAS 23 A 26 AUNQUE NO SE HAYA HECHO UNA EVALUACIÓN DE LA E

ECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO. WARD, S.A. (1980) INDICA QUE LA ENSEÑANZA DE LOS PADRES UTILIZANDO CUALQUIER TRATAMIENTO SISTEMATICO COMO LO ES LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SE MUESTRA AFECTIVO PARA MEJORAR LA CONDUCTA HIPERKINETICA.

LA OTRA SITUACIÓN RELEVANTE SE REFIERE A QUE NO OBTANTE QUE SE OBTUVIERON ACTITUDES POSITIVAS MATERNAS CON MAYOR FRECUENCIA, ESTO NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE LOS NIÑOS SEAN TRATADOS EN LA MAYORIA DE LOS CASOS POSITIVAMENTE, SINO QUE MAS BIEN SIGNIFICA QUE EXISTE UNA PREDISPOSICIÓN A ACTUAR EN FORMA POSITIVA ANTE LA CONDUCTA ALTERADA DEL NIÑO.

SUGERENCIAS

EL TEMA DEL "SINDROME HIPERKINETICO" ES INTERESANTE POR LA MISMA ACTIVIDAD QUE DESARROLLAN ESTOS PEQUEÑOS "ANJIHÉROES", Y PUEDEN SER ESTUDIADAS LA GRAN CANTIDAD DE VARIABLES INVOLUCRADAS; A CONTINUACIÓN SE ANOTAN ALGUNOS ESTUDIOS QUE SE SUGIERE REALIZAR:

- a) PARA COMPLETAR LA VISIÓN SOBRE LA ACTITUD PARENTAL HACIA ESTOS NIÑOS, SE SUGIERE INVESTIGAR LAS ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA ESTOS NIÑOS.
- b) REALIZAR UN ANÁLISIS SOBRE LOS FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LAS ACTITUDES DE LAS MADRES DE ESTOS NIÑOS COMO SON: "EL ABANDONO PRECOZ, LA PRIVACIÓN FÍSICA O MENTAL ACTUAL, LA INESTABILIDAD FAMILIAR, LA EXCESIVA AFECTIVIDAD Y LOS DESORDENES SOCIOPÁTICOS Y ANTISOCIALES DE LOS " PADRES".
- c) HACER CONFRONTACIONES ENTRE LAS ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS HIPER KINETICOS Y MADRES DE NIÑOS CON OTRAS ALTERACIONES CONDUCTUALES O EDUCATIVAS.
- d) REALIZAR UNA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES A TRAVES DE INSTRUMENTOS DIFERENTES A LAS ESCALAS DE ACTITUDES.

UNA DE LAS PRINCIPALES DIFICULTADES QUE SE PRESENTO EN LA ELABORACION DE ESTA INVESTIGACION FUE EL RECLUTAMIENTO DE SUJETOS QUE PUDIERAN CUMPLIR LOS REQUISITOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME HIPERKINETICO, POR LO CUAL LAS CONCLUSIONES INDICADAS DEBEN MANEJARSE CON CAUTELA, ANTE LA POSIBLE GENERALIZACION DE ESTAS A UNA POBLACION MAYOR.

OTRA LIMITACION SE REFIERE A QUE LAS PERSONAS NO SIEMPRE PIENSAN SUS RESPUESTAS EN FUNCION DE LAS CATEGORIAS QUE UNA ESCALA DE ACTITUD REQUIERE, Y POR ELLO, SE EXIGE LA SELECCION DE UNA RESPUESTA QUE TAL VEZ EL SUJETO NO HAYA PENSADO ANTES.

LAS VARIABLES DE EDUCACION Y EXPERIENCIA EN LA RESOLUCION DE ESTE TIPO DE INSTRUMENTOS SON MUY IMPORTANTES, YA QUE EN OCASIONES LOS SUJETOS NO SON CAPACES DE CLASIFICAR SUS RESPUESTAS EN UNA FORMA TAN ESPECIFICA COMO LA QUE SE ESPERA CON LA APLICACION DE ESTOS INSTRUMENTOS.

REFERENCIAS.

- Campbell, Donald y Stanlen, J: Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. Amorrortu Editores, Sexta reimpression; Buenos Aires, 1973.
- Campbell, Susan: "Mother-child interaction: a comparison of hyperactive, learning disabled and normal boys". Amer. J. Orthopsychiatry, 1975, 45: 51-57.
- Crombach, Lee Joseph: Fundamentos de la exploración psicológica. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1972.
- Edwards, Allen Louis: Techniques of attitude scale construction. New York, Irvington, 1983.
- Humphries, T; Kinsbourne M & Sawson, J.: "Stimulant effects on cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers", J. Child Psychol. & Psychiat. Vol 19: 13-22, 1978.
- Lundy, Nancy C.: "Comparison of mother-child interactions in hyperactive and non hyperactive groups under distraction conditions. Dissertation Abstracts International 1979, May, Vol 38: 9-B, 4586.
- McGuigan : Psicología Experimental, Trillas; México, 1972.
- Pick de Weiss, Susan: Cómo investigar en ciencias sociales. Ed. Trillas; México, 1980.
- Siegel, Sidney: Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Ed. Trillas, México, 1976.
- Stevens, Gwendolyn R: "Socio-cultural variables and assessment: A test of the interactionist position on the assessment of the hyperkinetic syndrome. Dissertation abstracts International, Nov 1978, Vol 39 (5-A) 2846-2847.
- Ward, S.A. : "A biochemical and parent education approach to treating the hyperkinetic child. Dissertation Abstracts International, Jan, Vol 40 (1-B) 3428-3430.

A N E X O S

- A. FICHA EVALUATIVA para identificar el síndrome hioer-kinético.
- B. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.
- C. ESCALA DE ACTITUDES.

FICHA EVALUATIVA PARA IDENTIFICAR EL SINDROME
HIPERKINETICO

APLICADO: _____

FECHA DE EVALUACION: _____

I. DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ SEXO: M() F()

EDAD: _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____

RESPONSABLE DEL MENOR: _____

II. DIAGNOSTICO INTEGRAL

___ PRUEBAS PARACLINICAS

___ EXAMEN NEUROLOGICO

___ EEG

___ RX

___ EXAMEN PSICOLOGICO

___ EXAMEN PEDAGOGICO

___ ESTUDIO DE LABORATORIO

___ ESTUDIO SOCIAL

III. MOTIVO DEL ESTUDIO

IV. ANTECEDENTES

A.-HEREDITARIOS: 1 ALCOHOLISMO; 2 TRASTORNOS DEL LENGUAJE; 3 DIABETES
4 NEOPLASIAS; 5 CARDIOVASULARES; 6 MENTALES; 7 OTRAS.

B.-FAMILIARES: 1 ZURDERIA; 2 TRASTORNOS DEL LENGUAJE; 3 AGRESIVIDAD;
4 TRASTORNOS DEL HABLA; 5 HIPERACTIVIDAD; 6 DISLEXIA; 7 BAJA TOLE
RANCIA A LA FRUSTRACION; 8 BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR.

C.-PERINATALES:

a) EMBARAZO

b) CARACTERISTICAS DEL PARTO

c) CARACTERISTICAS DEL NIÑO AL NACER

E.- DESARROLLO PSICOMOTOR

- a) MADURACION
- b) INTELIGENCIA
- c) SOCIALIZACION
- d) INICIO DEL LENGUAJE

V. EXAMEN NEUROLOGICO

- a) EQUILIBRIO CORPORAL INESTABLE CON OJOS CERRADOS
- b) DIFICULTAD PARA CAMINAR DE PUNTA-TALON
- c) MOVIMIENTOS ACCESORIOS AL CAMINAR DE PUNTA Y TALON O MOVIMIENTO CORE IFORME (DE PIANISTA)
- d) DISMETRIA: PRUEBA DEDO-NARIZ
- e) DIAODOCOCINECIAS (FALLAS EN MOVIMIENTOS ALTERNOS RAPIDOS DE MANOS Y PIES)
- f) CLONO (INCOORDINACION DE LA MARCHA)
- g) NISTAGNUS
- h) MOTILIDAD OCULAR PARA SEGUIR UN OBJETO
- i) LOCALIZACION DACTILAR, TORPEZA PARA TACTO SECUENCIAL RAPIDO DE LOS CUATRO DEDOS CON EL PULGAR
- j) TEMBLORES
- l) ALTERACIONES EN LA SENSIBILIDAD PROFUNDA Y SUPERFICIAL
- l) SINCINESIAS: MOVIMIENTOS EN ESPEJO
- m) CONFUSION DIRECCIONAL
- n) PREDOMINIO MIXTO DE OJOS, MANOS O PIES
- ñ) ESTEREOGNOSIA: INCAPACIDAD PARA RECONOCER OBJETOS CON LOS OJOS CERRADOS
- o) GRAFESTESIA: INCAPACIDAD PARA RECONOCER LETRAS O NUMEROS MARCADOS EN LA PALMA DE LA MANO O SOBRE LA PIEL
- p) SIMULTAGNOSIA: INCAPACIDAD PARA DEFINIR DOS ESTIMULOS TACTILES DADOS AL MISMO TIEMPO
- q) HIPER-REFLEXIA
- r) BABINSKY (PIES EN ABANICO)

9) APRAXIA PARA LA CONSTRUCCION DE DISEÑOS CON BLOQUES.

3

VI. EXAMEN EEG: (NORMAL) (ANORMAL)

VII. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

- A. FUNCIONES MOTORAS
- B. INTELIGENCIA
- C. PERCEPCION VISUAL Y AUDITIVA
- D. LENGUAJE
- E. MEMORIA
- F. EMOCIONES
- G. APROVECHAMIENTO
- H. DINAMICA FAMILIAR
- I. CONDUCTAS PATOLÓGICAS:

1. HIPERACTIVIDAD.

- DESTRUCTIVIDAD
- HIPERACTIVIDAD MOTORA, CONTINUA O SIN OBJETO (PARLOTEO, BRINCOS)
- HIPERACTIVIDAD VERBAL
- TRASTORNOS DEL SUEÑO (INSOMNIO, TEMORES, PESADILLAS, NOCTILALIA)
- AGRESIVIDAD Y AUTDAGRESIVIDAD; CRUELDAD CON ANIMALES

2. INATENCIÓN .

- FALTA DE CONCENTRACIÓN; NO-DISTINGUE O DIFERENCIA COSAS
- AGNOSIA: INCAPACIDAD DE INTERPRETACIÓN SENSORIAL
- DISTRACCION: CORTOS LAPSOS DE ATENCIÓN

3. IRRITABILIDAD.

- CONDUCTA IMPREDECIBLE (FUGAS DEL HOGAR)
- DESTRUCTIVIDAD, MENTIRAS, ROBOS
- BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN: RABIETAS, SAINETES, ACCESOS DE IRA, REBELDIA

4. IMPULSIBILIDAD.

- CONDUCTA ANTISOCIAL (SOCIOPATIA) SOCIALIZACION DIFERENTE, AISLAMIENTO, FALTA DE AMIGOS, VICTIMA PROPICIATORIA, FALTA DE RESPETO
- ENURESIS, ENCOCPRESIS
- TEMERIDAD: ACTUA SIN PENSAR: NO DIFERENCIA EL PELIGRO O EL DOLOR

5. INCOORDINACION MUSCULAR (DISPREXIA) (DESARROLLO IRREGULAR).

- TORPEZA CORPORAL (CHOCA CON LO QUE LE RODEA, SE CAE, PROPENSIÓN A ACCIDENTARSE)
- INEPTITUD DEPORTIVA
- PROBLEMAS DE LENGUAJE: DISARTRIAS, DISLALIAS, DISFEMIA, AFASIA (INCAPACIDAD DE EXPRESION ORAL) DISFASIA (NO LENGUAJE SIMBÓLICO)

6. DISFORIA.

- ANHEDONIA (PERDIDA DEL PLACER), ESCASA RESPUESTA A LA RECOMPENSA O AL CASTIGO; LABILIDAD (DE LLANTO A RISA; DE ENOJO A GUSTO)
- MANERISMOS; BULIMIAS, TRICOTILOMANIA, TICS, LLANTO CONTINUO
- ANSIEDAD. DEPRESIÓN, TENSIÓN, ANGUSTIA, ANOREXIA, HIPOREXIA, CHUPETEO DEL DEDO
- TENDENCIA A LA MENTIRA: FANTASEOSO, MITOMANIA, SOMATIZACIÓN, COPROLALIA
- PRECOSIDAD SEXUAL; EXHIBICIONISMO, FETICHISMO.
- DÉFICIENTE AUTOESTIMA: CELOS, SUSCEPTIBLE, ORGULLO EXAGERADO.

7. DESOBEDIENCIA PATOLOGICA .

- INCOMPRESION DE ORDENES; DESAFIO A LA AUTORIDAD
- APATIA, INDIFERENCIA

8. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE.

- INVERSION DEL CAMPO VISUAL; POBRE IMAGEN CORPORAL
- PERSEVERANCIA

VIII. EVALUACION SOCIAL

1. ABANDONO PRECOZ SEVERO
2. PRIVACION ACTUAL

3. HOGAR ADOPTIVO

4. HOGAR INESTABLE

-- ROL DOMINANTE EN LA FAMILIA; ALIMENTACIÓN; INTEGRACIÓN FAMILIAR

IX. EVALUACIÓN PATOLÓGICA.

1. RESPUESTA A SU INGRESO ESCOLAR

2. PARTICIPACIÓN GRUPAL

3. APROVECHAMIENTO EN RELACIÓN A CAPACIDADES EN:

a- LECTURA

b- ESCRITURA

c- MATEMÁTICAS

d- GRADO DE RETENCIÓN VISUAL Y AUDITIVA.

CUESTINARIO B

CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL DE DURANGO

Lugar de aplicación: _____ Núm cuest: _____
Aplicó: _____ Fecha: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Parentesco: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan 20 preguntas sobre algunas características de los niños hiperkinéticos; Para cada pregunta seleccione la respuesta que considere correcta y marque la con una cruz (X).

1. Para mejorar el rendimiento escolar de un niño demasiado travieso se necesita;
 - a) un maestro duro
 - b) administrarle estimulantes
 - c) evitar que tome medicamentos
 - d) asignarle doble tarea
2. Una actividad física excesiva se presenta con mayor frecuencia en:
 - a) adolescentes
 - b) niños
 - c) adultos
 - d) niñas
 - e) no se
3. Entre los principales problemas que se presentan durante el parto está:
 - a) la falta de un médico
 - b) exponerse a rayos 'X'
 - c) el nerviosismo de la madre
 - d) falta de respiración en el recién nacido
4. Es uno de los medicamentos que se emplea para tranquilizar un poco la inquietud:
 - a) Nistagnus
 - b) Ritalin
 - c) Avapena
 - d) Penicilina

5. Es una característica de los niños hiperkinéticos:
 - a) le dan ataques epilépticos
 - b) se desmaya constantemente
 - c) tiene trastornos del sueño
 - d) vomita restos de sangre
6. Efectos que provocan los estimulantes en niños con gran movilidad:
 - a) acelera los movimientos del cuerpo
 - b) aumenta el rendimiento escolar
 - c) disminuyen sus habilidades intelectuales
 - d) disminuyen los constantes movimientos del cuerpo
7. Generalmente los niños que presentan hiperactividad tienen una inteligencia:
 - a) superior a la normal
 - b) inferior a la normal
 - c) normal
 - d) defectuosa
8. No es una causa posible de la hiperactividad:
 - a) nacimiento prematuro
 - b) asfixia durante el parto
 - c) golpes en la cabeza
 - d) sarampión en los primeros meses de vida
9. Los niños hiperkinéticos generalmente fracasan en actividades que requieren de:
 - a) Excesivo gasto de energía
 - b) coordinación y precisión de movimientos
 - c) una inteligencia normal
 - d) conocimiento de lectura y escritura
10. Se cree que es el antecedente de las manifestaciones hiperactivas en los niños:
 - a) la zurdería
 - b) los temores nocturnos
 - c) diarreas continuas
 - d) disfunción cerebral

11. Otra de las posibles causas de la hiperactividad es:
- a) golpes en la cabeza durante la infancia
 - b) desarrollo lento
 - c) sarampión
 - d) todas la anteriores
 - e) ninguna de las anteriores
12. Para identificar el síndrome hiperkinético no es necesario realizar uno de los siguientes exámenes:
- a) psicológico
 - b) neurológico
 - c) académico
 - d) dental

RELACIONE con una línea las palabras de la columna izquierda con las ideas que correspondan de la columna de la derecha.

- | | |
|--|---|
| 13. enuresis | a) repetición involuntaria de una acción. |
| 14. electroencefalograma | b) prueba para medir el funcionamiento del cerebro. |
| 15. perseverancia | c) asfixia, falta de oxígeno para respirar. |
| EJEMPLO: <u>síndrome hiperkinético</u> | d) escasa demostración de interés frente a una actividad. |
| 16. disfunción | e) perturbación en el funcionamiento de una parte del cuerpo. |
| 17. inatención | f) falta de control voluntario para orinar. |
| 18. frustración | g) tranquilizante. |
| 19. diazepam | h) sentimiento ocasionado por no obtener algo. |
| 20. haldol | i) inestabilidad acompañada de excesiva movilidad e inatención. |
| | j) medicamento para disminuir ansiedad. |

ESCALA I.

Núm. _____

INSTRUCCIONES. No es necesario que anote su nombre, sin embargo, es de gran valor la sinceridad de sus respuestas. Lea con cuidado las siguientes afirmaciones y marque con una cruz (X) la respuesta que considere más apropiada a su opinión. Según a si está en desacuerdo totalmente, si se haya indeciso o si esta muy de acuerdo con cada afirmación.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Fijese en el siguiente Ejemplo:

"La paz del mundo es necesaria para todos"

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO^X

La cruz (X) marcada en el guión "muy de acuerdo" indica que se está muy de acuerdo en que la paz del mundo es necesaria para todos.

1. Hay niños que nacen con suerte.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

2. La mayoría de las veces no vale la pena esforzarse, puesto que mi hijo no hace las cosas como uno quisiera.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

3. El desear que mi hijo mejore hace que ese anhelo se realice.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

4. Me afecta muy poco el comportamiento de mi hijo.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

5. Los niños demasiado latosos se deben alejar de su familia.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

6. Con todo lo que oyen los niños en la escuela y de sus amigos, es muy poco lo que los padres pueden hacer para influir en ellos.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

7. Si se le ponen restricciones a un niño, se impedirá el desarrollo de su personalidad.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

8. Siento que yo tengo que enfrentarme a más problemas que la mayoría de los padres.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

9. Trato de enfrentar a mi hijo a las cosas que teme.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

10. Para que mi hijo llegue a ser alguien en la vida, debo de estar atrás de él continuamente.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

11. Es difícil saber qué hacer cuando mi hijo le tiene miedo a algo.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

12. Cuando mi hijo se porta mal, trato de hacerlo sentir culpable o avergonzado de sí mismo.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

13. A mi hijo debo de pegarle para que obedezca.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

14. Considero que es posible vivir en armonía con un niño muy inquieto.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

15. Desearía que no hubiera nacido.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

16. Siento tanta pena por él, que me pondría a llorar.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

17. Cuidar a mi hijo no es tan fácil como la mayoría de los padres creen.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

18. Cuando realiza un actividad pocas veces solicita ayuda.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

19. Cuando estoy cerca de él se porta de maravilla.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

20. A veces siento un gran coraje hacia él, pero no lo odio.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

21. Hace todo lo que se le pide, menos su tarea escolar.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

22. Me enfurece tanto, que le grito.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

23. Aunque mi hijo es muy inquieto, me encuentro libre de temores y ansiedades.

MUY EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDECISO DE ACUERDO MUY DE ACUERDO

24. Aun cuando es muy activo, se calma y entiende razones.

MUY DE ACUERDO DE ACUERDO INDECISO EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO

FECHA: _____