

A MIS PADRES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Sist. 54702

PSA 264

México, D.F., a 3 de septiembre de 1987.

"ESTUDIO COMPARATIVO DE UN GRUPO DE NIÑOS HIPERQUINETICOS Y OTRO DE NIÑOS NORMALES A TRAVES DE LA ESCALA WECHSLER PARA NIÑOS WISC Y TEST VISOMOTOR DE L. BENDER.

PSIC. IRENE MARTINEZ ZARANDONA.

RESUMEN

Debido al gran número de niños que presentan hiperquinesia y por ende problemas de aprendizaje se elaboró el presente estudio en el que se compara una muestra de 30 niños de ambos sexos de edades entre 6 0/12 y 11 11/12 años en etapa escolar primaria y un grupo de escolares normales. Ambas muestras se tomaron de niños que acudieron al Instituto Nacional de Salud Mental del DIF.

En este trabajo se elaboró un marco teórico en el que se define a la hiperquinesia con el nombre de trastorno por déficit de atención según el DSM-III, posteriormente se presentan algunas consideraciones sobre la Etiología, Epidemiología, Sintomatología y Diagnóstico diferencial con otros síndromes.

Se dan datos sobre el tratamiento y pronóstico del trastorno y se habla sobre aspectos familiares de estos niños.

La revisión bibliográfica se hace en base a cuatro temas principales: Descripción, Definición del síndrome, Relación con otros padecimientos trastornos de aprendizaje y Estudios longitudinales.

El estudio comparativo se hizo a través de la Escala Wechsler para niños Wisc y Test Visomotor de Bender cuyos resultados arrojaron diferencias en ambos grupos con lo cual se comprobó la hipótesis que postulaba, que si habría diferencias en los puntajes obtenidos por los grupos de niños hiperquinéticos y niños normales.

Entre los principales resultados se tiene que fueron 28 niños y 2 niñas en el grupo de hiperquinéticos lo cual coincide con estudios extranjeros en los que se reporta que siempre es mayor el número de varones.

La media del C. I. de los hiperquinéticos es de 105.4; la escala verbal es más alta que la ejecutiva en aproximadamente 2 puntos; los subtests que puntúan alto (más de 10) son comprensión, vocabulario, y semejanzas y los que califican bajos (menos de 10) son información y dígitos.

El puntaje del test de dígitos se encontró más bajo en los hiperquinéticos que en los normales y la diferencia estadísticamente significativa.

En relación al Bender los niños hiperquinéticos presentan indicadores de organicidad en mayor número que los normales.

Se concluye que este tipo de estudio aportan conocimientos acerca de la problemática de los niños hiperquinéticos por lo que se recomienda continuarlos.

"A COMPARATIVE STUDY OF HIPERKINETIC CHILDREN AND NORMAL CHILDREN THROUGH THE WECHSLER SCALE FOR CHILDREN, WISC AND BENDER'S VISOMOTOR TEST.

SUMMARY:

Because of the great number of hiperkinetic children and their problems in learning, in this present study we compare 30 children between 6 to 11 years 11 months of age, with a group of non hiperkinetic children of the same age group, all attending elementary school.

In this study hiperkinesis is considered the equivalent of the attention deficit Syndrome of the DSM III. Etiology, Epidemiology, Syntoms and diferencial diagnosis with other Syndroms are considered.

Facts on treatment and prognosis are given as for the family aspects In the bibliographic review five themes were taken in consideration: Description, Definition of the Syndrome, relations with other sickness, learning problems and longitudinal studies.

In the comparative study we used Weschsler Scale for children, Wisc and the Bender Visvalmotor test.

The results show differences between the hiperkinetic and non hiperkinetic groups, this proving the hipotesis. Among the main results we had 28 boys and 2 girls in the hiperkinetic group, which coincide with other foreign studys.

The averagel Q. of the hiperkinetic group is of 105.4; the verbal scale is 2 points higher than the executive; the higher subtests (more than 10) are comprehension vocabulary and resemblance; and those with the lowest (less than 10) area information and digits.

In the digit test the score was lower in the hiperkinetic group and the difference is statistically significant.

In the Bender test the hiperkinetics present organic indicators in a larger number than the normal.

It is concluded that these studies contribute to the knowledge on the hiperkinetic's problematic and for which it is advisable to continue them.

" ESTUDIO COMPARATIVO DE UN GRUPO DE NIÑOS
HIPERQUINETICOS Y OTRO DE NIÑOS NORMALES,
A TRAVES DE LA ESCALA WECHSLER PARA NIÑOS
Y EL TEST VISOMOTOR DE BENDER "

PSIC. IRENE MARTINEZ ZARANDONA
MAESTRIA: PSICOLOGIA CLINICA UNAM

México, D. F., Febrero 1987.

<u>C O N T E N I D O</u>	PAG.
<u>I N T R O D U C C I O N</u>	5
1 MARCO TEORICO	7
1.1 Definición de Hiperquinesia	7
1.2 Etiología	8
1.2.1 Bioquímica	8
1.2.2 Genética	9
1.2.3 Perinatal	9
1.2.4 Psicológica	10
1.3 Epidemiología	15
1.3.1 Edad de presentación de síntomas	15
1.3.2 Curso o desarrollo de la sintomatología	16
1.3.3 Deterioro	16
1.3.4 Complicaciones	16
1.3.5 Factores predisponentes	16
1.3.6 Prevalencia	16
1.3.7 Incidencia	16
1.3.8 Antecedentes Familiares	
1.4 Sintomatología	17
1.4.1 Sintomatología en general	17
1.4.2 Sintomatología según el DSM III	27
1.4.3 Descripción del síndrome en diferentes etapas del desarrollo.	29
1.5 Diagnóstico	33

1.5.1	Diagnóstico interdisciplinario	33
1.5.2	Diagnóstico diferencial	34
1.5.2.1	Niño psicótico	35
1.5.2.2	Niño con retardo mental	36
1.5.2.3	Niño hiperansioso	38
1.5.2.4	Niño con reacción agresiva o antisocial.	39
1.5.2.5	Niño con alteraciones neuro- lógicas.	40
1.5.2.6	Hiperactividad normal cons- titucional.	42
1.6	Tratamiento	43
1.6.1	Nutriológico	43
1.6.2	Farmacológico	43
1.6.3	Pedagógico	43
1.6.4	Psicológico	44
1.7	Pronóstico y Prevención	44
1.8	La familia del niño hiperquinético	45
2	INVESTIGACIONES RECIENTES	48
2.1	Relacionadas con la descripción y definición del síndrome.	49
2.2	La hiperquinesia en relación a otros síndromes.	56
2.3	La hiperquinesia y los trastornos del aprendizaje.	59
2.4	Estudios longitudinales	63
2.5	Conclusiones de la revisión	65

3	METODOLOGIA	67
3.1	Problema	67
3.2	Justificación	67
3.3	Objetivo	68
3.3.1	General	68
3.3.2	Específico	68
3.4	Hipótesis	68
3.5	Escenario	69
3.6	Sujetos	70
3.7	Descripción de los instrumentos de medición	71
3.8	Procedimientos	75
3.9	Tratamiento estadístico	76
4	ALCANCES Y LIMITACIONES	77
5	RESULTADOS	79
6	DISCUSION	94
7	CONCLUSIONES	99
8	RECOMENDACIONES	101
9	BIBLIOGRAFIA	103
10	ANEXOS	113
	Historia Clínica psicológica	
	Hojas de concentración de datos	
	Formato Wisc utilizado	
	Perfil del Wisc	
	Hojas de puntuación del Bender modelo de Koppitz	
	Instructivo para captura de datos	
	Sugerencias de manejo para los padres	

INTRODUCCION.

La elaboración de un proyecto de investigación implica un esfuerzo y la oportunidad de plasmar en un papel la representación de un trabajo y con ello la recuperación de la labor que durante meses se ha venido realizando.

La investigación clínica no es un trabajo abstracto, mental e intangible, es la estructura metodológica aplicada a la labor asistencial cotidiana, es trabajo con orden y metodología que permite la recolección de datos, que posteriormente pueden ser estudiados e interpretados ayudando con ello a una mejor realización del trabajo clínico.

El tema elegido prácticamente vino solo, dadas las características de los padecimientos atendidos en un lugar como el Instituto Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF., donde diariamente acuden decenas de niños en busca de ayuda; en el servicio de consulta externa - las alteraciones más frecuentes saltan a la vista: epilepsias, problemas de aprendizaje, dificultades en la atención, hiperquinesia, etc.: en consecuencia los datos que al respecto se obtienen, van acumulándose imperceptiblemente invitando con ello a un estudio más profundo que aporte conocimientos, los cuales, sean revertidos en los nuevos diagnósticos que de estos problemas se necesite efectuar.

Se determinó estudiar los niños hiperquinéticos por la importancia que adquiere día a día su estudio ya que cada vez son más los casos que son enviados por este motivo a consulta.

El objetivo general del proyecto es determinar si existen diferencias significativas en la ejecución de las pruebas realizadas por los dos grupos de niños, y establecer si existe un perfil característico del niño hiperquinético en la escala Weschler para niños Wisc.

Se considera importante, efectuar este estudio comparativo, dado que la labor del psicólogo es determinante dentro del equipo profesional que se aboca al diagnósti-

co de estos niños, ya que los datos aportados por las pruebas psicológicas son de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de niños con problemas de aprendizaje y perceptuales, y los que acuden por trastornos emocionales que les provocan hiperquinesia como un efecto secundario de su problemática.

Para la realización del presente trabajo se efectuó una revisión bibliográfica preliminar; posteriormente se trabajó con el servicio de neurología en un proyecto conjunto, obteniéndose así la información referente a historia clínica y pruebas psicológicas.

Paralelamente se obtuvieron los datos referentes a la muestra de niños normales, ya que son producto de una investigación interdisciplinaria efectuada en el mismo Instituto anteriormente.

Los datos fueron trabajados estadísticamente en colaboración con la subdirección de estadística del sistema DIF. Al mismo tiempo se efectuó la revisión bibliográfica completa que sobre el tema existe hasta la fecha, para lo cual se utilizó el sistema computacional de la hemeroteca de la Universidad Iberoamericana.

Después se procedió a la elaboración del presente trabajo en el cual, se mencionarán en la primera parte los datos referentes al marco teórico y características generales que presenta la alteración, posteriormente se hizo un resumen de las investigaciones recientes; en tercer lugar se menciona el proyecto y por último los resultados del trabajo estadístico.

Al final se presentan las conclusiones y recomendaciones esperando que con ello pueda ayudar en algo al conocimiento de esta alteración y así ayudar al diagnóstico y manejo de estos niños, considerándose como la principal aportación de este estudio el presentar un perfil propio del niño hiperquinético a través de su rendimiento en las pruebas de Wisc y Bender ya que se comprobó que existen diferencias entre este grupo y el de niños normales.

1.- MARCO TEORICO

1.1 DEFINICION DE HIPERQUINESIA

Las diversas etiquetas que han sido dadas a este desorden conductual indican que aún falta mucho por conocer acerca de su verdadera etiología. Entre las principales denominaciones con las que los autores han definido los síntomas, tenemos la de "inestable psicomotor" de los primeros tiempos; la de "daño cerebral mínimo" (DCM) aparecida en la década de los cincuenta que es tal vez la más difundida, pero que asimismo ha despertado mayores polémicas, ya que sugiere que hay un daño estructural en el sistema nervioso central, que en la práctica clínica no ha sido posible encontrar.

La denominación disfunción cerebral mínima refleja que a la vista, la localización del daño puede estar ausente, pero que neuroquímica o neurofisiológicamente la disfunción está presente, por lo que ha tenido mejores condiciones para ser adoptada. Existe una terminología poco usada, pero que de hecho puede hallarse en la literatura y es la de retraso en la maduración o desarrollo hiperactivo, expresado así que existe un retardo, en el desarrollo, pero equívocamente sugiere que los niños por sí solos con el crecimiento mejorarán sin consecuencias en su personalidad y desenvolvimiento.

La definición que se utilizó en el presente estudio fue la siguiente; todo niño que presente trastornos en la actividad, impulsividad y falta de atención inapropiadas para su etapa del desarrollo.

Es importante mencionar en este momento el artículo de M. Prior y A. Sanson (1986) en el cual hacen una extensa y bien documentada crítica al uso de la clasificación del DSM III, sin embargo y dado que a la fecha en que se escribe este trabajo ésta es la más usada se utilizará como marco de referencia, sin dejar de tener en mente que es aún mucho lo que falta para poder conocer la real problemática de estos niños.

1.2 ETIOLOGIA

1.2.1 ETIOLOGIA BIOQUIMICA.

Con respecto a la Etiología de este síndrome, es poco lo que puede afirmarse, pues aún los estudios se hallan en la fase de experimentación, sin embargo, la mayoría de los investigadores coinciden en que la posible causa de éste trastorno se halla en alteraciones de la bioquímica que rige las funciones del cerebro.

Una de las hipótesis que está utilizándose con más frecuencia es la referente al metabolismo de la Dopamina; (Rapaport y Col., 1974) apoyan la evidencia de una alteración en la formación de la dopamina por falta de una enzima llamada Betahidroxilona, la cual al no producir suficiente dopamina y mantener los niveles de esta sustancia por abajo de la cantidad requerida hacen que estos niños no inhiban su actividad motora adecuadamente.

Un metabolito de la dopamina es el ácido hormovalínico; Shaywitz y col. (1977) observaron en el líquido cefalorraquídeo de niños hiperquinéticos, que aquella sustancia se hallaba en niveles por abajo de lo esperado en niños normales con la consecuencia de que al descender de nivel hay una disminución de la dopamina, sustancia que ayuda a la inhibición y control de la conducta motora.

Jogur y Kloppos (1976) corroborando esta misma hipótesis ya que efectuarón un estudio con ratas, las cuales presentaron un aumento en su actividad motora al disminuir sus niveles de dopamina por abajo del 50%, y además presentaron dificultades en el aprendizaje de tareas.

Wender postula que existe una alteración del metabolismo de las monoaminas que trae un trastorno en el sistema reticuloascendente y

una disminución de la sensibilidad del sistema de reforzamiento anatómico dentro del cerebro (el cual está constituido por el posencéfalo, ciertas áreas del hipotálamo y el septum).

1.2.2 ETIOLOGIA GENETICA

Algunos autores postulan que existe predisposición en niños cuyos padres padecieron síntomas parecidos, y en gemelos monocigóticos también es común encontrar la sintomatología.

Sin embargo, no es mucho lo que sobre este tema puede decirse pues aún es poca la literatura al respecto.

1.2.3 ETIOLOGIA PERINATAL

Como se ha mencionado repetidamente es poco lo que se conoce sobre la forma en que se producen los síntomas del niño hiperquinético.

En comunicación directa, la Dra. Rodríguez Blancas, Neuróloga especialista en hiperquinesia del Instituto Nacional de Salud Mental DIF., observa que en la experiencia diaria de elaboración de las historias clínicas de estos niños, se halla que el 75% a 80% de ellos no presentaron ningún problema en la gestación o en el momento del parto.

Sin embargo no todos los autores están de acuerdo con esto ya que por otro lado Rafael Velasco Fernández (1976) en su obra sobre el niño hiperquinético menciona que el 70 a 80% de los casos vistos en su consulta han tenido problemas en el parto, de un 10 a 15% problemas antes de esto, y los restantes son problemas presentados en la vida extra-uterina.

1.2.4 ETIOLOGIA PSICOLOGICA

Es este un punto nodal en el estudio de la hiperquinesia, ya - que como afirma Doneena Renshaw (1983) " no todo niño que se mueve mucho es hiperquinético ".

Son muchos los casos en los que factores de tipos emocionales provocan la ansiedad y la intranquilidad en los niños, como la mala relación madre - hijo; conflictos de pareja que se reflejan en los hijos; familias inestables para definir sus hábitos disciplinarios, etc.

La historia y la literatura están plegados de anécdotas de hombres y mujeres que posiblemente tuvieron en su infancia características del niño hiperquinético, por lo que se supone que siempre ha existido ésta dificultad, aunque se le nombrara de otras formas y el concepto que se tenía de estas conductas siempre fueron peyorativo para la criatura.

Sin embargo, la definición, clasificación y estudio de este cuadro son francamente nuevos.

J. de Aguriaguerra (1976), es el autor que presenta las referencias más antiguas en su importante obra sobre "Psiquiatría Infantil", de él se tomaron las siguientes citas ya que se da así un panorama histórico como ha evolucionado el estudio de este trastorno; ahí podemos leer que es en 1897 cuando M. Bourneville (1897) menciona por primera vez la descripción de niños con un retraso ligero, que presentan también inestabilidad, caracterizada por una movilidad intelectual y física extrema. A ésta misma movilidad J. Demoor (1901) la compara con un Corea mental, y describe los siguientes síntomas: desequilibrio de la afectividad, exceso en la expresión de las emociones, ambivalencia de las reacciones, iras y enojos que rápidamente se convierten en caricias, dolor que pasa velozmente a la alegría, actos de indisciplina de los que el niño se arrepiente en seguida, falta -

de inhibición y de atención necesidad constante de cambios y movimientos, con palabras y gestos entrecortados.

En 1902 un médico inglés llamado G.F. Still publicó en la revista LANCET la sintomatología de niños con daño cerebral aparente.

Autores anglosajones y E. Kraepelin mencionan la inestabilidad, pero relacionándola con formas de comportamiento anormal e incluso perverso, tal vez porque en niños psicóticos es frecuente encontrar estas conductas hiperactivas.

Henry Wallon dentro de su vasta obra sobre psicología infantil tiene un libro titulado El Niño Revoltoso publicado en 1925 en el que hace una descripción y una clasificación de las formas de inestabilidad psicomotriz, inclinándose más hacia explicaciones de tipo psicológico y dejando un poco de lado el aspecto patogénico

Ampliando la información histórica sobre este Síndrome, Ajouria guerra cita a J. Abramson (1936) el cual aporta los siguientes datos sobre el niño que el llama "inestable psicomotriz " mencionando que opera casi siempre en corto circuito, en forma intuitiva y confusa, no utiliza los encadenamientos, las oposiciones, las confrontaciones; considera que la memoria inmediata de los datos concretos es generalmente bastante buena en estos sujetos, pero no son capaces de ordenar unos hechos en el tiempo. El " inestable psicomotriz " está acorralado por todos los estímulos exteriores y es incapaz de inhibir su necesidad de desdibujamiento; su atención es lábil, y la actividad ordenada le cansa.

En 1934 los doctores Kohn y Cohn describen un síndrome que ellos llamaron "orgánico cerebral", y S. Kiener en 1940, clasifica dos grupos de estos niños: a) inestabilidades adquiridas que pueden ser consecuencias de factores orgánicos o de traumatismos y situaciones psicológicas desfavorables (factores socioeconómicos y familiares); b) inestabilidades constitucionales, predisposiciones innatas o hereditarias. Y aunque muchos autores niegan la sintomatología compleja del cuadro, tratando de dividirlo en dos grandes grupos; uno cuyo sintomatología es fundamentalmente psíquica y otro centrado sólo en el aspecto motriz, la posición de Aiuriaguerra al respecto es que ambos aspectos el psíquico y el motor son las dos caras de un mismo estado de la personalidad que se llama: "inestabilidad".

Es hasta 1950 cuando empieza a nombrarse el término de hiperquinesia, destacándolo como un síntoma de otros cuadros, pero despertando el interés por su estudio, ya que responde a las necesidades de millones de niños en el mundo.

Posteriormente en 1954 surge en la literatura americana el término "disfunción cerebral mínima", que tiene sus primeras descripciones con A. Strauss y L. Lehtinen quienes le engloban ya como una desorganización de todas las esferas cognitivas, perceptivo-motoras y afectiva pero en el que predominan la hiperactividad, la inestabilidad y la impulsividad. Hay controversias sobre cual de los términos es más conveniente usar, ya que en realidad estamos ante dos posturas;

- 1.- Limitar el diagnóstico de hiperquinesia a los casos de una hiperactividad grave asociada a distracción, impulsividad y capacidad de atención leve.
- 2.- El trastorno además de tener los datos anteriores conlleva otros trastornos del aprendizaje como dislexias, problemas de coordinación visomotriz auditivos, discriminación figura fondo, constancia de las formas, problemas en el esquema corporal y en la orientación temporoespacial.

En el presente trabajo se tomó como marco de referencia para el diagnóstico y manejo de los términos lo expuesto por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.

DSM - III que aparece en 1980 en el cual viene clasificado dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia como:

Trastornos por déficit de atención:

314.01 con hiperactividad (del cual nos ocupamos).-

314.00 sin hiperactividad

314.80 de tipo residual.

Durante los últimos 15 años, el interés de la investigación se ha localizado ampliamente en el estudio de estos niños, mostrándose con ello que no es un mito o una invención moderna de los médicos, maestros, padres o compañías farmacéuticas; la hiperquinesia es probablemente el más común trastorno de la conducta de los niños, y no por casualidad ha encontrado su lugar en el manual clasificadorio mencionado.

Sin embargo, la investigación de los pasados años se ha centrado casi en su totalidad en estudios encaminados a hallar la eficacia en los tratamientos. Pueden contarse por cientos y tal vez miles, las investigaciones efectuadas con grupos control - placebo, comparaciones entre medicamentos, etc., tratando de definir la etiología o posibles etiologías del problema; este amplio espectro de investigación no será tratado aquí más que de una manera general en las aportados correspondientes sobre etiología bioquímica y tratamiento farmacológico, ya que por razones obvias pertenece a una campo diferente del psicológico.

Con respecto a investigaciones efectuadas con niños hiperquinéticos dentro del campo psicológico, tenemos que lamentar la escasez de estudios. La mayoría está relacionado con los aspectos de aprendizaje, tanto para saber si es o no parte del trastorno como para ver si existen diferencias en estos trastornos cuando son presentados por niños con y sin hiperquinesia.

Muchas investigaciones están enfocadas a la mejoría de la ejecución de diversas tareas con y sin medicamento, y algunas, aunque son las menos, a estudiar aspectos sociales y emocionales - como depresión, memoria, etc. de estos niños. Otra rama importante de la investigación psicológica es la referente a las pruebas psicodiagnósticas, que en muchos estudios solamente son utilizadas como herramienta de selección de la muestra, sin que se apliquen por sí mismas para un mejor entendimiento de los niños hiperquinéticos con respecto a ellas.

Es importante mencionar que en México no se localizan muchos estudios de psicología relacionados con la hiperquinesia, por lo que no es posible dejar de mencionar la tesis de Susana Hanel - en la que se estudió la ejecución de niños hiperquinéticos en la prueba visomotora de Bender, ojalá y que en un futuro inmediato esta laguna de la investigación en psicología sea pronto llenada por numerosos estudios, que clasifiquen los problemas y ayuden a una mejor comprensión y tratamiento de estos niños.

Sin embargo la presentación de esta problemática en población mexicana, ha despertado el interés de los investigadores en relación a la prevalencia del trastorno como el estudio de Cruz H. R. y Valadez M. T., 1986 en el cual se informa que fueron estudiados 50 niños los cuales presentaron los siguientes síntomas 90% hiperquinesia, 86% dificultades de aprendizaje y memoria, -

84 % falta de atención, 80% impulsividad, 76% incoordinación, - 68% desórdenes del sueño, 56% alteraciones del lenguaje, 44% - cefalea, 40% labilidad emocional, lo cual habla de que las sintomatologías presentadas concuerda con lo expresado en los datos descritos en la literatura internacional.

Otro estudio el cual presenta especial interés en el presente trabajo es el de Macias G. y Col. (1986) ya que en el se obtuvieron datos de un grupo control, y aunque se tratan de datos preliminares se puede mencionar lo siguiente: el 57% de los casos obtuvo un puntaje de maduración inferior al esperado a su edad cronológica y el 70% presento significativo de lesión cerebral en el test visomotor de Bender. En el Wisc el 82% obtuvo un coeficiente intelectual normal promedio, y el 35.5% un puntaje inferior en dos de las cuatro escalas que miden la concentración y la atención lo cual según los autores plantea consideraciones teóricas sobre la posibilidad de discriminar con esta prueba los problemas de atención, lo cual es apoyado por los resultados obtenidos en este estudio.

1.3 EPIDEMIOLOGIA

Los aspectos epidemiológicos son importantes ya que ayudan a un mejor conocimiento de este trastorno y a la detección temprana del mismo. - Los siguientes datos se obtuvieron del DSM - III y algunos de ellos podrán ser ampliados y confirmados en el capítulo referente a investigaciones recientes.

1.3.1 Edad de comienzo: Comienza de forma típica a la edad de 3 - años. Generalmente se le atiende hasta que es enviado a tratamiento por parte de la escuela.

- 1.3.2 **Curso:** Hay tres formas características en el curso de este padecimiento.
- a) Todos los síntomas persisten hasta la adolescencia y vida adulta.
 - b) El trastorno está limitado, y todos los síntomas desaparecen completamente en la pubertad.
 - c) La hiperactividad desaparece, pero las dificultades en la atención y la impulsividad persisten hasta la adolescencia o la vida adulta (tipo residual). La frecuencia relativa de estos cursos es desconocida.
- 1.3.3 **Deterioro:** las dificultades escolares son muy frecuentes y aunque el deterioro puede ser limitado, el funcionamiento escolar y social también puede estar deteriorado.
- Es poco frecuente que los niños con este trastorno requieran tratamiento en régimen de internamiento.
- 1.3.4 **Complicaciones:** El fracaso escolar, el trastorno de conducta y el trastorno antisocial de la personalidad son las complicaciones más graves.
- 1.3.5 **Factores: Predisponentes:** Puede ser retraso mental leve o moderado, la epilepsia, algunas formas de parálisis cerebral y otros trastornos neurológicos.
- 1.3.6 **Prevalencia:** En Estados Unidos se presenta por lo menos en el 3% de los niños en edad prepuberal.
- 1.3.7 **Incidencia en cada sexo:** Es 10 veces más frecuente en niños que en niñas.

- 1.3.8 Antecedentes familiares: El trastorno es más frecuente entre los familiares de los sujetos afectados que en la población general.

1.4 SINTOMATOLOGIA

Aunque posteriormente se mencionará los criterios diagnósticos del DSM III., para entrar en la descripción detallada de estos síntomas, tomaremos como guía la descripción por Rafael Velasco Fernández. Agregando algunos datos complementarios descritos por diversos autores.

Es importante mencionar que los síntomas en los que todos los estudios del tema coinciden son: hiperactividad, inatención e impulsividad los que se mencionan en 1er. lugar.

1.4.1 SINTOMATOLOGIA GENERAL

- a HIPERACTIVIDAD MOTRIZ
- b HIPERACTIVIDAD VERBAL
- c PROBLEMAS DE ATENCION
- d IMPULSIVIDAD
- e DESTRUCTIVIDAD Y AGRESIVIDAD
- f IRRITABILIDAD
- g DESOBEDIENCIA PATOLOGICA
- h PROBLEMAS DE APRENDIZAJE
- i INCOORDINACION MOTORA
- j ALTERACIONES DEL SUEÑO
- k DISFORIA

A continuación se explicaran más ampliamente para una mejor comprensión del problema, cada uno de estos rubros.

a) HIPERACTIVIDAD

El movimiento es algo inherente y normal en toda criatura, pero la inquietud de estos niños sobrepasa lo esperado y permitible, es un estado de movilidad prácticamente permanente, el cual es reportado por los padres desde que este es muy pequeño y durante la etapa preescolar especialmente, si el chico permanece en el hogar, es tolerado por el medio, pero es al entrar a la escuela primaria cuando los maestros lo detectan y canalizan, ya que en esta edad se esperaba de él acatamiento de normas y adaptación a actividades y experiencia determinadas que a estos niños se les dificultará ampliamente.

En general interfieren con el buen aprovechamiento de ellos y otros compañeros, se levantan de su asiento, toman objetos, hablan constantemente e incluso gritan en los más inadecuados momentos.

Asimismo estos niños se hallan sobreestimulados sensorialmente bombardeados por miles de estímulos que llamará su atención, aunque no por tiempos prolongados, siendo ésta una de las principales dificultades en su desempeño escolar, ya que cada uno de estos estímulos llama su atención indiscriminadamente provocando su interés momentáneamente.

Esta inquietud es manifiesta a toda hora, en cualquier lugar independientemente de la persona que este junto con él y del ambiente o exigencias que éste reclame, especialmente si es un lugar con muchos objetos y estímulos.

b) HIPERACTIVIDAD VERBAL

La verbalización es frecuente e indiscriminada en algunos de estos chicos recordándose de alguna manera una situación - maníaca de un adulto, esto puede suceder debido a que el - foco de su atención es tan alterado y movable que él a su - vez de uno a otro tema, incluso a veces sin terminar una - idea adecuadamente.

Esta prolificidad les acarrea problemas en el sentido que sus - compañeros llega aburrirse, son los parlachines del salón de clase y constantemente son amonestados por ello.

c) PROBLEMAS DE ATENCION

Este aspecto es fundamental en la integración y diagnóstico de estos casos. Unidos muchos autores llaman a este síntoma: "cortos períodos de atención", ya que el niño si enfoca su atención, pero sólo por breves minutos y siempre por - abajo de lo esperado a su edad.

Las capacidades de concentración y atención son sumamente importantes en el aprendizaje, al punto que muchos de estos niños son catalogados de deficientes mentales, pues no aprenden ni retienen lo que se les dice, debido a su inatención, - sin embargo, es necesario aclarar que en otras áreas rinden normalmente e incluso, razón por la que debe diferenciarseles de los niños con deficiencia mental.

El hiperactivo se muestra interesado por detalles mínimos e indiscriminadamente, por lo que no hace una adecuada elección de lo esencial y lo secundario, ni organiza adecuadamente sus actividades.

La atención en este cuadro es determinante, por lo que se considera importante mencionar más ampliamente algunos datos descriptivos.

La atención es un estado del individuo que se manifiesta en su concentración en algo, ya que en cada instante son innumerables los estímulos que recaen sobre él, tanto externos (calor, aire, sonidos, etc.). Como internos (hambre, dolor, pensamientos, sensaciones cinéticas, etc.) y es necesario desatenderse de unos para poder atender los realmente importantes.

Este estímulo que podemos llamar excitador, suscita en la corteza cerebral un foco intenso de estímulo nerviosos que llamaremos dominante, este surge cuando el resto de las células nerviosas de la corteza quedan inhibidas, el hecho de que la atención se focalice en uno u otro objeto se debe al desplazamiento de excitación en la corteza.

como al nacer el niño la corteza aún está sin madurar totalmente, no puede concentrarse por tiempos prolongados y estables, y es paralelo a la maduración la capacidad de atención.

La atención de los pequeños tiene una serie de características;

- 1.- El pequeño sólo es capaz de concentrarse durante muy poco tiempo. Su atención "salta" de uno a otro objeto oscilando frecuentemente.

- 2.- La atención del pequeño se distrae fácilmente. El más sutil excitador provoca su desconexión extinguiendo de inmediato el interés anterior.
- 3.- La atención se ve atraída por excitadores móviles, brillantes, intensos e inesperados. De pequeño no puede dirigirlos y concentrarse sólo en los que realmente pueden ser importantes para él.
- 4.- Al no dominar su atención, el pequeño no puede pasar a voluntad a un nuevo trabajo o a un nuevo objeto. Cuando más atraído esté el niño por una actividad y cuanto menos brillante e interesante sea el asunto al que el educador quiera atraer la atención del pequeño, más difícil será este paso.
- 5.- Cuanto más pequeño es el niño menos es su facultad de concentración en las palabras que a él se dirigen.

Al principio las palabras del adulto sólo acompañan a los objetos, pero poco a poco estas van adquiriendo significado hasta que ellos mismos son capaces más tarde de suscitar la excitación de la corteza.

Estos puntos son mencionados por A.A. Liublinskaia (1965) - quién también divide a la atención en:

- a) Involuntaria (primaria). La suscitan los excitadores brillantes, inesperados e intensos. El miedo inesperado, la llamada de nuestro nombre etc., este tipo de atención es una manifestación natural del reflejo incondicionado de orientación.

Es característico de los niños de corta edad, las características del objeto que suscita la atención son externos a éste (color, brillantes, movimiento, etc.).

- b) Cuando ya hay un interés por algo y la atención se siente atraída y se mantiene en los objetos o fenómenos que satisfacen ese interés, se trata de una atención también involuntaria, (pero secundaria) no exige del individuo un esfuerzo sino que lo suscita el objeto mismo pues responde a las tendencias del individuo, o sea esta intrínseco en el objeto y está en relación al interés introyectado del sujeto.
- c) La atención voluntaria, la más difícil de mantener, se necesita la intervención de la voluntad, cuando el sujeto sabe que tiene que prestar atención a ese objeto. Esto es más difícil cuanto más pequeño es el niño, pues se requiere de un esfuerzo el desligarse de estímulos que interesan por centrarse en contenidos que no interesan o actos que no atraen.

Todo esto es un proceso de maduración y educación. En los niños hiperquinéticos se dan estos procesos, pero deficientemente el chico no logra los tiempos e intensidades en la concentración en la tarea de acuerdo a las exigencias del medio conforme sería lo esperado a su edad.

d) IMPULSIVIDAD

en este rubro podemos mencionar todas aquellas acciones que interfieren en la capacidad para inhibir la conducta, o sea el niño actúa lo que le dictan sus impulsos sin poder tolerar ninguna demora en la satisfacción de sus necesidades, aquí podemos mencionar la tendencia que tienen estos niños a pegar y agredir, hurtos, romper juguetes, etc.

Velasco Fernández menciona que algunos autores consideran los problemas de encopresis y enuresis como conductas impulsivas, sin embargo, él piensa que estos síntomas pueden presentarse como parte del síndrome de disfunción cerebral, pero que no son características del niño hiperquinético y que siempre que se presenten conviene investigar concienzudamente su etiología. Sobre esta misma línea de no confundir - sintomatología, dicho autor menciona la conducta antisocial (tomar dinero de la madre artículos de sus compañeros, etc.) que frecuentemente se presenta con un cierto cinismo exasperante e indiferencia al castigo, todo lo cual puede confundir al profesional y hacerle creer que está ante un niño psicópata o en ciernes de serlo.

Así mismo se menciona que estos niños presentan conductas temerarias e indiferencia al peligro y al dolor.

e) DESTRUCTIVIDAD

Respecto a este punto puede observarse en estos niños desde que son muy pequeños una tendencia a desarmar juguetes, quitarle las llantas a los coches, destruir objetos, maltratar animales, etc., muchas madres se expresan diciendo "no le dura nada", "tiene manos de mantequilla", "ni un día permanece el juguete intacto", etc.

f) IRRITABILIDAD

Con respecto a la irritabilidad esta se pone de manifiesto generalmente desde muy temprana época, son niños hipersensibles que igual se muestran llenos de júbilo que en segundos posteriores están haciendo una rabieta, ya que todas sus respuestas son exageradas e imprevisibles, debido a esta misma irritabilidad se muestran 2 aspectos primordiales de este síndrome.

Escaso control sobre su conducta.

Baja tolerancia a las frustraciones.

Sus respuestas son adecuadas en cuanto a la calidad de lo emocional en relación con la situación presente, pero la intensidad de la reacción es definitivamente anormal, de la impresión que no puede esperar la satisfacción a su demanda.

La impulsividad es definitivamente uno de los principales síntomas y de los que acarrearán al chico más dificultades tanto física como psicológica y socialmente.

g) DESOBEDIENCIA PATOLÓGICA

Este síntoma es de especial interés porque es con él que los padres se exasperan más frecuentemente, regañándolo mucho.

Podemos decir que más que una desobediencia es una falta de comprensión de la orden o de las razones por las cuales debe ser ésta acatada.

Así apesar de decirle varias veces que algo debe ser hecho o no el niño sigue repitiendo o haciendo caso omiso de las verbalizaciones de sus padres.

h) TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Es un término genérico que se refiere a un grupo de padecimientos manifestado por dificultades significativas en la adquisición y/o uso del oído, lenguaje hablado y escrito, razonamiento, habilidades matemáticas, etc.

De aquí podemos mencionar el trastorno específico de aprendizaje el cual es un trastorno en uno o más de los procesos del lenguaje hablado o escrito, que presentan una discrepancia entre los logros esperados y el rendimiento actual, a pesar de la instrucción escolar convencional, inteligencia promedio y oportunidad socio-cultural adecuada.

Los trastornos inespecíficos de aprendizaje son problemas secundarios a factores intrínsecos como: trastornos motores, - deficiencia intelectual, alteraciones emocionales y/o factores extrínsecos como dificultades familiares, pedagógicos o socio culturales.

El niño hiperquinético puede o no presentar dificultades en el aprendizaje y el diagnóstico de este problema debe hacerse paralelamente y su tratamiento requiere de personal especializado en el campo.

Entre las diversas áreas del desarrollo pueden presentarse alteraciones.

- 1.- Area Sensoperceptual - Visual que abarca el color, la forma, tamaño, posición, distancia y orientación
- 2.- Area Sensoperceptual - Auditiva que abarca la discriminación auditiva, intensidad y ritmo.
- 3.- Area Propioceptiva en la que se pueden presentar trastornos táctiles, olfativos, gustativos, kinestésicos.
- 4.- Area de funciones Mentales Superiores como son: la atención, memoria, análisis y síntesis, formación de conceptos, clasificación, juicio y razonamiento.

- 5.- Area Temporoespacial: noción corporal, imagen corporal, proyección corporal, noción espacial y noción temporal.
- 6.- Area del Lenguaje que abarca la comprensión de las palabras, comprensión de oraciones, expresión oral, utilización del lenguaje y articulación del lenguaje.
- 7.- Area Motora Gruesa - Dinámica general, control postural, coordinación perceptivo motriz, lateralidad, relajación, dinámica manual, manipulación, movimientos digitales.
- 8.- Area Motora fina actividad manuales, coordinación perceptiva motriz y utilización del espacio gráfico.

j) INCOORDINACION MOTORA

Aunque muchos niños no exhiben esta característica llegando incluso a ser muy hábiles en actividades deportivas, la mayoría de ellos si muestran rasgos de torpeza motriz que se manifiesta ampliamente en sus innumerables caídas y accidentes, las dificultades para patinar o andar en bicicleta y muy especialmente en la frecuencia con que se tropiezan con los muebles o se les caen las cosas de las manos. Esto mismo sucede en relación a la coordinación fina la cual se descubre facilmente en la caligrafía, al recortar o hacer labores manuales, etc.

No es raro encontrar dificultades en la lateralidad, zurdos - frustrados, lateralidad cruzada, etc. que contribuye a los problemas de aprendizaje.

También es frecuente encontrar irregularidad en las etapas del desarrollo como caminar sin antes haber gateado.

j) TRASTORNOS DEL SUEÑO

Pueden darse de dos formas: una en la que el niño logra conciliar el sueño, aunque posteriormente este sea agitado y llegue a despertarlo, y otra en que al niño le es difícil conciliar el sueño especialmente si se ha cambiado la rutina o hay ruidos y estímulos que lo alteran.

k) DISFORIA

Caracterizada por labilidad afectiva, anhedonia, hiperreactividad, agresividad e irritabilidad es frecuente en estos niños los cuales cambian rápidamente de nivel afectivo, es difícil darles gusto pues en ocasiones nada les gusta ni son capaces de hallar placer.

La ansiedad no es una característica en este síndrome aunque no es excluyente, sin embargo si suelen mostrar rasgos depresivos, (enmascarada) y en niños mayores, adolescentes y adultos, sentimientos de ser malos, incapaces, inadecuados, etc.

1.4.2 SINTOMATOLOGIA

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se clasifican a los niños hiperquinéticos dentro del llamado - 314.0 Trastorno de déficit en la atención con hiperactividad, cuyos criterios diagnósticos son:

a) Falta de atención, al menos tres de los síntomas siguientes:

- 1.- A menudo no puede acabar las cosas que empieza
 - 2.- A menudo no parece escuchar
 - 3.- Se distrae con facilidad
 - 4.- Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida.
- b) Impulsividad. Al menos tres de los siguientes síntomas.
- 1.- A menudo actúa antes de pensar
 - 2.- Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra.
 - 3.- Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo)
 - 4.- Necesita supervisión constante
 - 5.- Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia.
 - 6.- Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales.
- c) Hiperactividad: al menos dos de los siguientes síntomas:
- 1.- Corre de un lado para otro en exceso, o se sube a los muebles.
 - 2.- Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente.
 - 3.- Le cuesta mucho estar sentado
 - 4.- Se mueve mucho durante el sueño
 - 5.- Está siempre "en marcha" o "actúa" como si lo moviese un motor.
- d) Inicio antes de los 7 años.
- e) Duración de al menos 6 meses

- f) Todo ello no se debe a una esquizofrenia, ni a un trastorno afectivo o social ni a un retraso grave profundo.

Con respecto al déficit de atención sin hiperquinesia los criterios diagnósticos son los mismos que rigen en el trastorno con hiperquinesia, excepto en el criterio C:

Para mejor información del Síndrome se mencionará que el - 314.80 trastorno por déficit de atención, tipo residual los criterios diagnóstico son:

- a) El individuo debe reunir en primer lugar los criterios para los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Esta información puede proceder del individuo o de otras personas, como miembros de la familia.
- b) Los signos de hiperactividad ya no están presentes, pero persisten otros signos de la enfermedad, sin períodos de remisión, que reflejan la impulsividad y el déficit de atención (por ejemplo, dificultad para organizar el trabajo y acabar las tareas, dificultad de concentración, distractibilidad fácil, adopción de decisiones repentinas sin pensar en las consecuencias).
- c) Los síntomas de impulsividad y falta de atención dan lugar a algún tipo de deterioro en la actividad social o laboral.
- d) Todo ello no se debe a una esquizofrenia, ni a un trastorno afectivo ni a un retraso mental grave y profundo.

1.4.3 DESCRIPCION DEL SINDROME EN DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO.

No son muchos los datos a cerca de los primeros meses de la infancia de los niños hiperactivos, ya que la mayoría acude a -

consulta en edades posteriores y los datos que se obtienen son a través del recuerdo de sus padres, sin embargo los datos coinciden en describirlo como un niño problemático tanto a la hora de conciliar el sueño como que éste mismo ya logrado es pobre e irregular, suelen presentar cólicos y los problemas alimenticios ocurren más frecuentemente en niños hiperactivos que en los normales.

Frecuentemente estos niños se muestran poco cariñosos y no disfrutan de ser cargados y abrazados durante muchos minutos, como puede deducirse estas actitudes traen sentimientos de frustración en sus madres, las cuales se encuentran a sí mismas incapaces de confortar a sus bebés; y desesperadas ante la baja tolerancia a la frustración que los hace muy difíciles de tener contentos.

Sin embargo no todos los niños que en el futuro serán hiperactivos muestran estos datos desde el principio de su desarrollo. Lo que sí suele ser más común es la descripción de sus primeros pasos pues casi todos suelen ser descritos como de movimientos rápidos, que se paren y brincan tempranamente en la cuna, la mayoría no gatea y camina muy pronto, tornándose en verdaderos exploradores y trepadores de muebles, produciéndose por esa época las primeras caídas y accidentes a los que serán muy propensos.

Los niños hiperactivos de dos años muestran interés por todos los objetos, sin embargo este permanece fijo por muy escasos minutos ya que pasan de uno a otro a una velocidad más intensa que otros niños.

Ya por esta época empiezan a verbalizarse frases como: "No está nunca quieto", "no puedo dejarlo ni un minuto", "a cualquier descuido me la hace", etc., ya que estos niños muestran una combinación poco usual de impulsividad y falta de miedo que da como resultado que trepen por lugares escarpados, se adentran a situaciones peligrosas, se cruzan calles transitadas, etc., por lo que necesitan ser vigilados muy estrechamente.

Cuando los chicos hiperactivos llegan a los 3 ó 4 años sus padres han comprendido que sus hijos son muy demandantes, cuando se les llama la atención no son ni escuchados ni obedecidos. Tan poco es un niño que logre entretenerse solo, ya que cambia de una a otra actividad, y que cuando está con sus padres sus relaciones son matizadas por innumerables conflictos y lloriqueos. Es por ésta época cuando algunos padres se percatan que sus amistades prefieren no invitarlos o si lo hacen estos no disimulan sus temores por las posibles travesuras del infante ya que estos empiezan a adquirir fama de que todo lo que tocan lo rompen y con respecto a las conversaciones entre adultos estos son frecuentemente interrumpidos por las demandas del niño.

Más tarde los padres se desesperan ya que no hay castigo o amenaza que resulte efectivo. Viendo a estas familias se observa que frecuentemente se intercambia entre padre y madre el papel de punitivo y permisivo tratando cada uno a su manera de educarlo lo mejor posible, culpándose uno a otro que el chico es así por la mala educación que le han dado.

Cuando el niño asiste a guardería, prontamente son detectadas las dificultades que tiene con actividades relacionadas con la concentración.

Las dificultades que en la etapa escolar tienen son ampliamente descritas en la literatura ya que es la mayoría de las veces cuando el niño hiperactivo entra al mundo escolar más exigente y que requiere ampliamente de sus niveles de atención y concentración que es detectado y enviado al profesionalista.

Además muchos de ellos presentan aunadamente problemas de tipo perceptual y visomotriz que de no ser atendidos debidamente le dificultarán la lecto-escritura y tornarán el ambiente escolar en un campo de batalla.

En la adolescencia los problemas más serios se relacionan con rupturas con la escuela y conducta antisocial, continúan teniendo dificultades con la concentración y esto conlleva a un decremento de la motivación para estudiar, trabajar, hacer deporte.

Un aspecto de gran importancia es que al llegar a la adolescencia han acumulado gran cantidad de experiencias frustrates, mala fama, castigos, regaños y sobre todo se le ha dicho miles de veces que no puede, que todo lo hace mal etc., por lo que no es de extrañar que sufran de baja autoestima y grandes sentimientos de inferioridad.

Al igual que el resto de los adolescentes la vida social del grupo, se torna sumamente importante sin embargo si el chico hiperactivo no ha superado de alguna manera su impulsividad y baja tolerancia a la frustración sus inhabilidades sociales adquieren gran significado en sus esfuerzos por adaptarse a la sociedad.

En la práctica se ven chicos que tienen una u otra de estas características pero no necesariamente todas, además ya en

estas edades la problemática es el resultado de los problemas del chico pero matizado por el buen o mal manejo que la familia haya hecho y la ayuda y apoyo que haya recibido.

1.5 DIAGNOSTICO

1.5.1 ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

El diagnóstico del trastorno de déficit de la atención con hiperquenesia no puede ser hecho a través de un solo síntoma, sino que clínicamente son necesarios un conjunto de ellos para poder asignar la existencia del trastorno.

A su vez este debe hacerse a través de varios profesionistas y diversos instrumentos cuyos resultados en conjunto ayuden a la determinación adecuada del diagnóstico.

En términos generales los datos deben investigarse con una cuidadosa historia del embarazo y el desarrollo del infante.

Se preguntará ampliamente sobre la conductas aberrantes del niño, los síntomas específicos presentes, su severidad, frecuencia, el grado en el cual los síntomas son situacionales y la duración del problema.

Hay que hacer una evaluación detenida de las habilidades específicas para el aprendizaje y en caso de dificultad diagnosticarlo paralelamente.

Es conveniente tener un acercamiento de los procesos intrapsíquicos de estos niños, como se ven a sí mismos, su imagen ante sus compañeros, maestros y el lugar que ocupa es la dinámica familiar.

De ser posible es conveniente un acercamiento al ambiente escolar, entrevistar al maestro o incluirlo en el tratamiento ya que su ayuda será muy valiosa.

Cada institución y profesionista puede seguir el procedimiento que les parezca más adecuado pero no deben omitirse los siguientes datos:

Historia Clínica Médico	(Anexa)
Examen Neurológico	(Signos blandos)
Electroencefalograma	(aunque en la práctica solo da datos de inmadurez).
Examen de Laboratorio	
Escalas de Valoración a maestros y padres.	
Historia Clínica Psicológica	(Anexa)
Bateria de Tests	
Escala de Inteligencia	
Pruebas de Aspectos Visomotores	
Pruebas Proyectivas	
Valoraciones Psicopedagógicas	

1.5.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Este punto es considerado de gran importancia ya que es innegable que la adecuada ayuda profesional comienza en el diagnóstico a diferencia ya que esto adquiere alcances determinantes para el manejo posterior, Domeena C. Renshaw (1983) - en su obra sobre estos niños aborda este tema ampliamente - mencionando los siguientes trastornos los cuales es necesario diferenciar del síndrome hiperquinético ya que en todos ellos la hiperactividad suele ser uno de los síntomas.

- Niño psicótico
- Niño con retraso mental
- Niño hiperansioso
- Niño con reacción agresiva antisocial
- Niño con alteraciones neurológicas

Los cuales serán mencionados a continuación, con los criterios del DSM-III, para establecer las diferencias con los hiperquinéticos.

1.5.2.1 El niño psicótico muestra en ocasiones verdadera hiper-hipercinecia, frecuentemente hay un comportamiento extraño incomprensible, movimientos estereotipados y repetidos de los que el niño psicótico no se puede distraer. Este niño muestra trastornos internos con desintegración del funcionamiento de relación la ansiedad interna puede causar una falta de respuesta excesiva como en el caso de los hiperquinéticos.

Se observa una respuesta insatisfactoria al ensayo diagnóstico con estimulantes. Cuando presenta verdadera hiperquinesia responde mejor a los tranquilizantes mayores que tienen propiedades antipsicóticas a la vez que efectos sedantes.

CRITERIO DIAGNOSTICO PARA LA PSICOSIS ATIPICA DE LA INFANCIA

A) Dificultades en las relaciones emocionales en forma gruesa y sostenida, por ejemplo, ausencia de interacción afectiva apropiada, conducta pegajosa inapropiada, asociabilidad, ausencia de empatía.

B) Al menos de 3 de los siguientes puntos:

- (1) Ansiedad aguda excesiva y aparentemente ilógica manifestada por síntomas tales como ansiedad flotante libre, reacciones a catastróficas ante sucesos de la vida diaria, una incapacidad para ser consolada cuando se encuentra molesto y pánicos inexplicables.
- (2) Afecto disminuído, rígido, distorsionado y peculiar, incluyendo falta de reacciones apropiadas de miedo, reacciones de rabia inexplicables y una labilidad emocional extrema.
- (3) Resistencia sostenida a cambios en el medio ambiente, incluyendo conducta repetitiva y ritualista.
- (4) Alteraciones de la conducta consistentes en trastornos peculiares de la motividad, incluyendo hiper o hipoactividad, posturas peculiares y movimientos peculiares de las manos o de los dedos.
- (5) Experiencias sensoriales y perceptuales anormales manifestados en una sensibilidad exagerada o disminuída ante los estímulos sensoriales, como por ejemplo hiperacusia.
- (6) Automutilación, por ejemplo morderse, pegarse o golpearse la cabeza severamente.

C) Principio del síndrome completo después de los 30 meses de edad.

1.5.2.2 RETARDO MENTAL

Estos niños con diferentes grados de retraso o patología adyacente como psicosis suelen mostrar cons -

tante actividad, este comportamiento puede hacerse monótono, repetitivo y perseverante.

Con respecto a su capacidad de atención y concentración es muy limitada, pero puede observarse claramente que no es por distraído por exceso de interés en otros estímulos.

Un dato determinante es que el retraso puede observarse globalmente y abarca varias o todas las áreas cognoscitiva, social, lenguaje, etc.

De acuerdo con el DSM-III los síntomas esenciales son:

- 1.- Capacidad intelectual general muy por debajo del promedio.
- 2.- Lo cual da lugar o se asocia a un déficit o deterioro de la conducta adaptativa.
- 3.- Comienzo antes de los 18 años.

El diagnóstico se hace prescindiendo de si hay o no trastornos somáticos o trastornos mentales. Los subtipos se clasifican en base a los valores del Coeficiente Intelectual.

La sintomatología asociada.

- Trastornos por movimientos estereotipados, autismo infantil.
- Trastornos por déficit de la atención con hiperactividad.

1.5.2.3 El niño hiperansioso muestra una conducta pseudohiperkinética que en realidad es una expresión de ansiedad. Agita sus manos y sus pies en lugar de mover las piernas y las caderas. Es capaz de sostener sus niveles de atención, aunque se puede observar en él una fuerte tensión. Este niño puede mantener su interés cuando éste es captado por una persona u objeto calmándose así su hiperactividad.

La prueba con estímulantes no le hace ningún efecto o agrava su estado.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA HIPERANSIEDAD EN DSM - III

- a) La ansiedad es el rasgo clínico predominante manifestado por la preocupación persistente hacia sucesos futuros.
- b) Al menos una de las siguientes manifestaciones de ansiedad.
 - 1.- Preocupación por buena ejecución en una variedad de áreas.
 - 2.- Dificultad para conciliar al sueño.
 - 3.- Malestares somáticos, tales como: dolor de estómago, cefálea, para los cuales no se puede precisar una etiología médica.
 - 4.- Pesadillas.
- c) La ansiedad no es sintomática de otro trastorno, tal como: ansiedad de separación, trastorno por timidez, trastorno fóbico, obsesivo-compulsivo, depresivo, esquizofrénico o un trastorno difuso del desarrollo.
- d) Duración de cuando menos tres meses.
- e) Menos de 18 años de edad.

- 1.5.2.4 El niño con reacción agresiva, antisocial se confunde muy frecuentemente con niños hiperactivos, sin embargo, en ellos la hiperactividad, agresión, violencia y destructividad tiene un propósito definido. El niño se concentra antes, DURANTE Y DESPUES DEL ACTO DE AGRESION. Entre un arranque agresivo y otro, es capaz de prestar atención durante lapsos prolongados y en el examen neurológico no se hallan indicadores.

En el DSM III hay un apartado especial para trastornos de conducta en niños y adolescentes en el que se incluyen 4 subtipos específicos; se basa dicha clasificación en la presencia o ausencia de vínculos sociales adecuados y en la presencia o ausencia de un patrón antisocial y agresivo.

Sin entrar en detalles sobre como se describen y diagnóstican cada uno de estos trastornos, sólo se mencionará.

CRITERIO DIAGNOSTICO PARA EL TRASTORNO SOCIAL DE LA CONDUCTA.

- a) Involucración de cuando menos seis meses en un patrón de conducta antisocial, en los cuales los derechos de otros son violados fuera de casa (aunque pueda ocurrir en casa) con cuando menos dos manifestaciones)
- 1.- Mentiras crónicas, no limitadas a la casa.
 - 2.- Provocaciones, no limitadas a los hermanos.
 - 3.- Lenguaje coprolático.
 - 4.- Robos fuera de casa.
 - 5.- Vandalismo.
 - 6.- Agresiones físicas (pleitos, asaltos, empujones),
 - 7.- Violaciones al tránsito por manejo descuidado.
 - 8.- Extorsión.

b) Evidencia de ligas sociales con otros indicado por 2 de los siguientes elementos:

- 1.- Uno o más amigos en su grupo de edad con una duración de seis meses
- 2.- Se ofrece ayudar a otros, aunque no haya ganancias inmediatas.
- 3.- No culpa a sus amigos ni los delata.
- 4.- Se preocupa por el bienestar de sus amigos o compañeros.

1.5.2.5 ALTERACIONES NEUROLOGICAS.

SINDROME CEREBRAL TOXICO ORGANICO.

El síndrome agudo puede deberse a drogas o abuso del alcohol. El crónico aparece en casos de envenenamiento crónico por plomo.

El plomo se almacena en la sangre y puede dar niveles de 24.5 muy por 1000 c.c. para su tratamiento el medicamento de elección es la Penicilamina. Si los niveles no han alcanzado los límites totales puede esperarse mejoría.

Este punto es de especial interés, ya que en la Ciudad de México los niveles de plomo acumulados en la sangre de la población ha adquirido características peligrosas.

SINDROME CEREBRAL ORGANICO POSTRAUMATICO

Cuando un niño ha recibido un golpe fuerte en la cabeza puede presentar un período de hiperquinesia, pero debe hacerse un detallado interrogatorio para discernir, si esta conducta es producida después del golpe, o esta consecuencia de la ya conducta hiperquinética del niño.

SINDROME CEREBRAL ORGANICO ENCEFALITICO.

La hiperquinesia en relación con este síndrome es - extensa desde que en 1918 hubo una epidemia de - encefalitis en Estados Unidos y muchos de estos ca- sos presentaron el Síntoma posteriormente. Sin em- bargo, se menciona que este preceda al cuadro clí- nico.

Holman del Hospital Johns Hopkins publicó en 1922 historias clínicas de niños que posteriormente al aña que encefalítico presentaron hiperquinesia. Y en - 1930 Bond publica un estudio similar y Bradley usa drogas estimulantes para el tratamiento. Sobre és- te último dato Domeena C. Renshaw en su experien- cia con estos casos, los estimulantes no le han re- sultado tan efectivos como los tranquilizantes mayo- res y los anticonvulsivos.

El síndrome de Corsa de Sydenhan, fué descrito por primera vez en 1685, es una secuela de la fiebre - reumática. Es más frecuentemente en niños y las edades en que aparece son entre 5 y 15 años. El enfermo empieza a hacer movimientos bruscos con los brazos y las piernas, contorsiones faciales y di- ficultades al deglutir, sin embargo, estos síntomas desaparecen alrededor de 3 meses sin tratamiento - alguno.

VARIANTES EPILEPTICOS:

Los niños con crisis epilépticas son fácilmente detec- tables, sin embargo, las variantes sutiles pueden pre-

sentarse y confundir en un primer momento, así los tics, los movimientos tónico - clónicas de los pies y las manos o "ausencias" de la atención, estos signos se combinan para producir "desatención y sacudidas violentas de los músculos.

En estos casos puede ser de ayuda el Electro-encefalograma.

Los niños responden bien a los medicamentos anticonvulsivos, pero no al ensayo con estímulantes.

HIPERACTIVIDAD NORMAL CONSTITUCIONAL.

Es innegable que todos los niños son inquietos, pero si es posible distinguir que unos lo son más que otros, pero de esto no podemos deducir que un niño inquieto es un niño hiperquinético, como el que venimos describiendo y la diferencia básica que debe hacerse al observarlos es el interés y la capacidad de concentración en determinadas actividades o en el comportamiento en diferentes situaciones.

El niño hiperquinético es inquieto siempre, en todos los lugares y con cualquier persona, cosa que no sucede con un niño normal travieso, además este último si logra interesarse y jugar con compañeros por tiempos más prolongados.

A continuación se presentan estos trastornos en el siguiente cuadro.

1.6 TRATAMIENTO.

1.6.1 NUTRIOLOGICO.

a) Dieta Feingold.

Consiste en la ausencia de colorantes y saborizantes artificiales. Su eficacia es menos que la farmacológica. Sólo un 25% mejora con este procedimiento.

b) Dieta Kaiser Permanent (Diet N/P).

Además de eliminar colorantes y saborizantes artificiales - mide salicilatos en cromatografía.

Esta dieta incluye la ausencia de monitoreo, descripción - no clara de los alimentos y posibles prejuicios de expectativa por los padres.

Los investigadores reportan contraindicaciones en los resultados.

1.6.2 FARMACOLOGICO

- a) Cafeina
- b) Antidepresivos tricíclicos.
- c) Anticonvulsionantes.
- d) Pemoline.
- e) Neuroestimulante.
- f) Pomolin B.

1.6.3 El Tratamiento Pedagógico debe darse a todos los niños que - presenten dificultades en la escuela y desde luego debe ser - efectuado por un especialista y elaborado según las áreas afectadas (mencionadas en problemas de aprendizaje) y la profundidad del retraso del niño.

1.6.4 TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Generalmente debe ser dado conjuntamente a los padres y al niño, según el caso y puede consistir en orientación a los padres control conductual y apoyo, generalmente el trabajo psicológico consiste en la información del trastorno, los resultados de las pruebas y el plan a seguir.

Ahora bien lo más recomendable sobretodo en los casos en que a la patología del niño se suma una disfunción familiar es la terapia familiar, ya que el enfoque sistémico permite un manejo más adecuado e integrativo de la problemática.

1.7 PRONOSTICO Y PREVENCIÓN

El pronóstico de estos niños está determinado por la gravedad que presente el cuadro, pero muy particularmente está sujeto a la atención y tratamiento que reciba el chico.

Si este tratamiento es el adecuado el pronóstico es bueno tanto en la superación de las dificultades como a la adaptación a una vida social y útil.

El reverso de esta situación es la adultez de estos niños, ya que pueden caer en problemas de vagabundez, inadaptación social, e incluso delincuencia cuando el ambiente está carente de normas.

Es frecuente la drogadicción y con respecto a su vida psíquica presentan personalidades inmaduras, con pocas motivaciones, impulsivos, inestables y con un concepto de sí mismo muy pobre.

Con respecto a la prevención, actualmente son pocos los lugares donde son atendidos; pero posiblemente conforme la población en general tome conciencia de esta problemática sus propias exigencias harán que estos lugares se multipliquen.

Estos niños son atendidos en:

Instituto Nacional de Salud Mental DIF

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Nacional de Rehabilitación DIF

Instituto Nacional de Perinatología (casos de seguimiento)

Seguro Social (Derechohabientes)

Servicios profesionales particulares.

1.8 LA FAMILIA DEL NIÑO HIPERQUINETICO

Con respecto a las investigaciones relacionadas con las familias de los niños hiperquinéticos, tenemos que lamentar la falta de trabajos al respecto, ya que apesar de haberse hecho la revisión exhaustiva a través de medios electrónicos no fué posible detectar más que 8 artículos y en ninguno de ellos se hace un perfil de lo que serían los rasgos característicos de estas familias.

Se considera que en la problemática de los niños con respecto a su sistema familiar es de primordial importancia la estructura y organización que previamente ya poseían estas familias y que estas serán determinantes en las reacciones y manejo que prevalecerán al presentarse un niño con estas características, el cual con su problemática inherente solo acentuará las disfunciones previas o desorganizará en caso de que los lazos familiares no sean consistentes.

El área familiar que adquiere primordial importancia tratándose de este Síndrome y su manejo es el del control, en términos generales, este puede ser:

- a) Rígido.- patrón fijo de conducta familiar, que no da márgenes, con características de intolerancia, que no permite variantes.

- b) Flexible.- Es un tipo de control que si está bien definido, permite cambios, se adapta a las circunstancias.
- c) Laxo.- No se establecen o definan normas de patrón conductual, indiferencia y falta de interés en establecer límites.

Sobre el tema del control también podemos definir que éste puede presentar 3 modalidades de consistencia:

- a) Temporal.- Una norma establecida se mantiene consistente a través del tiempo (rígido, flexible o laxo), - diferentes momentos, se explica por estado de ánimo.
- b) Interpersonal.- Los patrones establecidos por la familia concuerdan entre padre y madre.
- c) Intrapersonal.- Cuando se establece una norma que no es respetada por ellos, incongruente con los principios - de la conducta y no se les exige a todos los hijos por igual. Cuando hay inconsistencia total es un modo de control caótico que crea un máximo de confusión.

Con respecto a estos niños es claro que se necesita un tipo de control que les ponga límites precisos, claros y definidos y muy especialmente que ambos padres estén de acuerdo y se presenten como una autoridad unida y firme. La consistencia, es decir, el mantener firmemente ante el niño las normas y sanciones independientemente del estado de ánimo de los padres, adquiere primordial importancia en - estos casos, estos aspectos deben ser recalcados, ya que una de las principales dificultades con las que se tropieza es las distorsiones - en la introyección de normas y la falta de adaptación a la disciplina escolar y social.

Un aspecto que en la experiencia clínica surge frecuentemente al ver a estas familias es el de los conflictos entre la pareja con respecto al manejo de la culpa, ambos padres deben estar muy conscientes y comunicarse ampliamente de la problemática de su niño, ya que si esto no es así fácilmente caerán en el juego de las mutuas acusaciones por el mal comportamiento del niño y los problemas que esto ocasiona. O caer en un conflicto aún más grave que consiste en que cada uno trate de educarlo a su manera, cosa que de lleno serán sumamente perjudicial para el niño, ya que como se dijo anteriormente te perjudicial para el niño, ya que como se dijo anteriormente éste necesita de patrones de comportamiento claros y precisos, de no ser así se caerá en conductas bizarras y caóticas que aumentarán conforme el niño crezca.

Es importante tomar en cuenta el lugar que el chico ocupa en la familia en relación a sus hermanos, ya que si estos son más pequeños pueden presentar conductas imitativas, asimismo los patrones disciplinarios de éstas deben ser claros para que no existan diferencias entre todos los hijos, ya que pueden originar conflictos.

Un problema que frecuentemente deben enfrentar estas familias es el cambio constante de escuelas, ya que estos niños suelen ser expulsados por su indisciplina y agresión con sus compañeros. Los problemas de aprendizaje son frecuentes y el proceso escolar suele convertirse en un asunto delicado y de frecuentes roces familiares.

Desgraciadamente con este tipo de niños que no son atendidos adecuadamente o cuya estructura familiar no es lo suficientemente consistente para ayudarlo, suelen presentarse ya en la adolescencia problemas de delincuencia o personalidades psicopáticas debido a que la introyección de normas y control de impulsos no es el adecuado.

Con respecto al diagnóstico los profesionistas abocados al tratamiento de estos niños deben considerar que un niño hiperquinético trastorna un sistema familiar, pero que frecuentemente sucede al revés y es que un sistema familiar patológico provoque hiperquinesia en un niño como reacción de este ala problemática de su familia, por lo que los síntomas son reactivos y en dicho caso el tratamiento debe hacerse en Terapia Familiar y no etiquetar al chico o darle fármacos que lejos de solucionar su problema lo agravarán más.

Por eso al concluir este capítulo es importante enfatizar sobre la necesidad de la evaluación familiar en el tratamiento de éstos niños como un elemento indispensable tanto para el diagnóstico como en aquellas familias que se encuentre afectadas.

2. INVESTIGACIONES RECIENTES .

Es indudable que para realizar un trabajo en la actualidad es indispensable una revisión de las investigaciones recientes que sobre el tema se hayan realizado, no sólo por evitar caer en repeticiones absurdas, sino porque la bastedad de los temas requiere de una ubicación dentro del conocimiento actual.

Desde que Charles Bradley del Emma Bradley Home, en 1937, hizo el paradójico descubrimiento de que las drogas estimulantes como la anfetamina (Benzadrine) calma a los niños hiperquinéticos, existen cientos de investigaciones encaminadas a hallar diferencias en el empleo y efectos de diversos medicamentos farmacológicos; este tipo de estudios se eliminó del presente trabajo debido a que excede los objetivos del mismo, por lo que la revisión posteriormente descrita se aboca a las áreas más relacionadas con el ámbito de la Psicología.

En este capítulo se verán aquellos estudios enfocados a la epidemiología y ubicación del síndrome dentro de las clasificaciones actuales, así como del acuerdo o desacuerdo de los diferentes autores al respecto.

Más adelante se tocarán los estudios relacionados con la sintomatología paralela como depresión, agresión, etc., y más ampliamente se mencionarán los hallazgos sobre aspectos de aprendizaje en estos niños.

Finalmente se mencionarán aquellos estudios longitudinales hallados con el fin de aclarar conceptos populares sobre el pronóstico del síndrome. Y aunque el resultado de la búsqueda fué pobre en relación a las investigaciones realizadas en nuestro país, se mencionarán varias de ellas, tanto en relación a aspectos psicológicos como las realizadas tomando los aspectos de la cantidad de plomo en la sangre, ya que el tema de la contaminación del ambiente está adquiriendo suma importancia en relación a la problemática de los niños hiperquinéticos.

2.1 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA DESCRIPCION Y DEFINICION DEL SINDROME.

Un primer acercamiento a la literatura actual sobre el tema, pone de manifiesto las discrepancias que el incipiente estudio del síndrome trae aparejado, ya que aunado a no hallarse mucha bibliografía al respecto, la que existe presenta hipótesis y conclusiones dispares, mientras unos autores hablan de las diferencias entre niños normales o hiperquinéticos otros dudan incluso de que pueda existir el síndrome, el estudio efectuado por Mark A. Stewart (1970) en el Hospital Infantil de San Luis Missouri con una muestra de 37 pacientes (32 niños y 5 niñas) comparada con una muestra de primer grado escolar en 2 ESCUELAS SUBURBANAS. Los síntomas estudiados son los siguientes y el porcentaje encontrado en cada uno de los 2 grupos.

	HK	NORMALES		HK	NORMALES
Sobreactividad	100%	33%	intrusivos	54%	11%
No terminan sus tareas.	84%	0%	prob. Lenguaje.	54%	25%

Inquietud	84%	30%	berrinches y rabietas	51%	0%
No permanecen sentados durante la comida	81%	1%	No escuchan las historias completas.	49%	0%
No permanecen en los juegos	78%	3%	desafiante	49%	0%
Rompe ropa y juguetes.	68%	8%	Difícil de irse a la cama	49%	3%
Habla mucho	68%	20%	Difícil de irse a la cama	49%	3%
No sigue instrucciones	62%	3%	Irritable	49%	3%
Inadaptado	62%	8%	Temerario e imprudente	49%	3%
Pleitos con otros niños	59%	3%	Impopular con sus compañeros	46%	0%
Impredecible.	59%	3%	Impopular con sus compañeros	46%	0%
Inoportuno	59%	22%	Impacientes mentiroso	46% 43%	0% 3%
No responde a la	57%	0%	Propenso a accidentes	43%	11%
Enuresis	43%	28%	Destructivo	41%	0%

Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas con las madres de los niños.

El mismo autor en un estudio efectuado en 1982 junto con Gerald August llega a conclusiones muy diferentes, haciendo hincapié en las implicaciones que tiene el diagnóstico de hiperactividad en niños - pues no hay evidencia de que la hiperquinesia sea un síndrome puro en sí mismo, sino que suele manifestarse junto con ella, otras problemáticas como problemas de aprendizaje, agresión, conducta antisocial, etc. Para llevar a cabo una investigación en la que tomaron durante 16 meses a los pacientes admitidos en la clínica Infantil Psiquiátrica de la Universidad de IOWA, con el diagnóstico de síndrome hiperquinético y desorden de conducta agresiva no socializados, se tomó la muestra exclusivamente con varones, y los criterios de selección fueron los siguientes: a) un C.I. mayor de 55, b) la ausencia de otros padecimientos médicos o neurológicos como epilepsia y c) ausencia de psicosis. Las edades comprendidas fueron entre 5 3/12 y 12 0/12.

Los criterios diagnósticos se efectuaron a través de 6 fuentes de datos: 1) diagnóstico clínico, 2) entrevistas con la madre, 3), 4), 5) cuestionarios llenados por la madre, el padre y los maestros del niño, 6) el reporte de médico residente que recibió al niño en la clínica. En base a los datos obtenidos se definieron 3 grupos: 1) puramente hiperquinéticos, 2) hiperactividad con conductas antisociales agresivas, 3) el resto de los sujetos.

Los resultados reportados muestran que de un total de 125 pacientes se encontraron 34 puramente hiperactivos y 42 los que tenían aparejada conducta antisocial agresiva.

Las conclusiones a las que se llegó fueron que los chicos hiperactivos presentan más reprobaciones en la escuela, su C.I. Verbal es más bajo que su ejecutivo y eran de más edad cuando se reconoció su problemática. No se hallaron diferencias entre los grupos con respecto a complicaciones en el nacimiento, anormalidades neurológicas, así como a nivel socioeconómico, edad y escolaridad de los padres. Con respecto a estos últimos se halló que tenían personalidad antisocial y alcoholismo en mayor proporción los padres de los niños que además de hiperquinesia tenían conductas agresivas, por lo que es difícil deslindar cuanto hay de aprendizaje de estos modelos y no características de un síndrome en sí.

Un asunto importante en el diagnóstico del cuadro consiste en los lineamientos con que se clasifican a estos niños y la subjetividad a la que están expuestos, Lambert, Sandoval y Sassone (1978) hacen un estudio al respecto viéndose como las definiciones de un sistema social sobre el comportamiento son determinantes para clasificar o no a un niño como hiperquinético. Hacen hincapié en como el número de estos niños ha aumentado en los últimos años y dan 3 explicaciones al respecto.

- 1) Factores etiológicos: Están cambiando el octanaje de la gasolina, modificación del medio ecológico y al parecer esta perjudicando la salud de los niños, provocando hiperquinesia en ellos.
- 2) Factores socioeconómicos como compañías farmacéuticas y químicas que hacen que los niños ingieran mayor número de medicamentos y como alimentos no naturales.
- 3) El diagnóstico se ha sofisticado, por lo que los clínicos detectan más frecuentemente la problemática.

Todas estas explicaciones coinciden que el número de casos reportados haya aumentado.

Estos autores se proponen encontrar:

- 1) Una conducta que pueda definirse.
- 2) Comparar los reportes de esta conducta proveniente de diferentes fuentes (casa, doctor, maestro).
- 3) El diagnóstico del nivel de hiperactividad.

La muestra se tomó de 240 escuelas públicas y privadas de California, se quiso estimar la prevalencia de hiperactividad en esta población; y así encontrar una definición empleando la información obtenida de padres, maestros y médicos.

Primeramente se obtienen los datos referidos por un cuestionario - aplicado a los padres, luego se consultaba con la escuela (maestros, psicólogos y personal) y posteriormente el médico efectuaba un reconocimiento:

La nomenclatura usada en la definición fue:

HSP. niños considerados hiperquinéticos por los 3 sistemas.

HP niños considerados hiperquinéticos por los padres y médicos.

SP niños considerados hiperquinéticos por los maestros y médicos

H niños considerados hiperquinéticos, sólo por los padres

S niños considerados hiperquinéticos por solo padres y maestros

Ya en la exposición de los resultados y discusión los autores dicen - que el 1.19% de los niños fue considerado hiperactivo por los 3 sistemas.

Es interesante mencionar que el grupo de niños clasificados de hiperactivos sólo por el hogar pertenecen en un 100% a la clase alta.

También en este estudio se vió que el número de niños es más alto que el de niñas en una proporción de 6 a 8.

La conclusión de estos autores es que el número de niños clasificados es muy pequeño y se confirma su hipótesis es debido a prejuicios de cada sistema el que los niños sean clasificados así, ya que es muy relativo el concepto de actividad y está muy influenciado por la propia tolerancia de maestros y padres.

Otra de las escasas investigaciones relacionadas con la subjetividad de los padres para considerar a sus hijos hiperactivos es la realizada por Ksith Connors de Harvard Medical School el cual trabajo con 316 niños pacientes psiquiátricos y 365 niños considerados normales, los cuales no presentan rasgos de patología psiquiátrica, ni conducta antisocial ni daño cerebral.

Todos los pacientes tuvieron un I.Q. de mayor de 80 en el WISC. y la diferenciación que se hizo entre ellos fue la presencia de síntomas neuróticos o hiperquinéticos, basándose en la historia clínica, social, dinámica familiar y reporte escolar.

Los chicos llamados neuróticos sufrían principalmente de ansiedad, miedo e inhibición y los hiperquinéticos mostraban agresividad, impulsividad y distractibilidades de la primer infancia.

Los resultados de este estudio indican que hay patrones similares de sintomatología entre los niños y los pacientes, pero que sin excepción la sintomatología es más severa en esto último. Y mencionan que la tolerancia del padre ante la conducta de su hijo es determinante para considerarlo severo o no. Asimismo los padres de niños normales se diferenciaron por su amabilidad para acudir a la cita de

los maestros y esto muestra que puede haber diferencias en la educación y patrones de aprendizaje de los niños.

Otros autores que no están de acuerdo en que se determine como síndrome la hiperquinesia son Shaffer y Greenheel (1979) los cuales en un extenso artículo postulan que no es posible hacer generalizaciones, ni predicciones de como se responderá ante las drogas, ya que la hiperactividad y falta de atención son productos de influencia etiológica diversa, la conducta sólo tiene un valor de signo que puede ayudar al clínico a encontrar la patología subyacente y al desconocerse la verdadera patología no puede predecirse como será la respuesta al tratamiento.

Un problema fundamental para estos autores es la heterogeneidad de la población con la que se trabaja en los distintos estudios, niños con diverso I.Q. con y sin problemas de aprendizaje, diferentes oportunidades socioeconómicas, culturales y familiares, anormalidades algunos con tratamientos previos o no, etc. Ningún estudio de los revisados por estos autores tienen grupo control con sujetos con problemas similares al grupo experimental y cuya única variable sea la presencia o no de hiperactividad o inatención.

Por último hacen un llamado a la prudencia de los clínicos para que se tome con precaución el diagnóstico de hiperquinesia o inatención, siendo el artículo de Prior y Sanson (1986) el que con mayor sustentación bibliográfica programa una nueva revisión de la sintomatología con el fin de ir delineando con más certeza el cuadro.

2.2 LA HIPERQUINESIA EN RELACION CON OTROS SINDROMES.

Sin embargo, en la presenta revisión bibliográfica si se encontraron investigaciones encaminadas a encontrar la relación existente entre la hiperquinesia y otros síntomas que suelen hallarse juntas, uno de ellos es el realizado por Malka Margalit y Nirit Arieli (1984) encaminado a ver los aspectos emocionales y conductuales de estos niños (55 hiperactivos y 116 no hiperactivos), habiéndoseles relacionado por presentar todos problemas de aprendizaje. Se les aplicaron pruebas psicológicas para ver inteligencia como el Stanford Binet y la Escala Wechsler para Preescolares WIPPSI, entrevistas y una escla de ansiedad.

Los resultados nos hablan de que el síndrome hiperquinético existe, pues estos chicos presentaron más dificultades en todas las situaciones que requieren de atención y consistencia en la ejecución de la tarea y son menos capaces de controlarse y mantenerse dentro de las exigencias del medio, tienen más altos niveles de ansiedad, especialmente al hablar de sus sentimientos y su experiencia de no poder mantener el control los hace creer que todo lo que sucede esta fuera de su voluntad. Desde luego los autores exponen que es necesario hacer otros estudios que ayuden a identificar el estado emocional de los niños hiperquinéticos.

El estudio realizado por Mark Stewart y Col. (1981) trata de definir la relación existente entre el síndrome hiperquinético y el desorden de conducta agresiva.

La muestra consistente en 45 niños se tomó de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Iowa durante un período de 16 meses, los criterios fueron:

- 1) Un C.I. mayor de 55
- 2) La ausencia de otro trastorno médico o neurológico y que no tomaron medicamento por lo menos desde hace 2 años.
- 3) Ausencia de psicosis.

Se les aplicó un cuestionario a las madres con los siguientes temas:

- Ficha de identificación.
- La sintomatología durante el último año.
- Datos referentes al matrimonio de los padres y conflictos de pareja.

También hubo un cuestionario para los padres y maestros.

Las principales categorías diagnósticas fueron:

1.- Hiperactividad

- a) nivel alto y anormal de actividad
- b) dificultad en la atención y concentración
- c) dificultad para terminar las tareas.

2.- Agresividad antisocial

- a) agresividad en 2 o más peleas con sus compañeros, ataques físicos a adultos, abusos verbales a adultos, extrema competitividad.
- b) no sigue instrucciones, no haga trabajos disciplinados, oposición.
- c) no sigue direcciones, no haga trabajos disciplinados, oposición.
- d) destructibilidad, daños a objetos en el hogar, daños a la propiedad de los vecinos
- e) hostilidad, crueldad con los animales.

Los resultados obtenidos fueron de un total de 132 niños, 59 (39%) - tuvieron combinación de hiperactividad y agresión, 21 (16%) fueron - solamente hiperactivos, 11 (8%) fueron con ambos diagnósticos, 5 - (12%) fueron solamente hiperactivas, 9 (21%) fueron solamente agre- sivas.

Estos datos muestran que son relativamente independientes los crite- rios diagnósticos que soportan la distinción entre los grupos. Los - autores reportan que la psicopatología de los padres está asociada - con los desórdenes de conducta agresiva en estos niños y mencionan el hecho de que la hiperactividad se da más en los niños que en las niñas.

Este último aspecto si se considera sumamente interesante pues prác- ticamente se ha encontrado en todos los estudios el hecho de que el síndrome se da más en el sexo masculino en una proporción de 5.1 a 9.1, aunque aún se desconocen las razones de esta disparidad.

Por su parte Ackerman, Dykman y Oglisby (1983) tomaron niñas de 7 a 10 años en buen estado de salud, sin disturbios emocionales, epi- lepsia o disfunción cerebral con un C.I. de 80 o más en el WISC - R, las cuales habían sido diagnosticadas de hiperactivas con proble- mas de lecto escritura y desorden de la atención. De las 37 niñas que formaron la muestra después de serles aplicadas varias pruebas - se encontró que sólo 9 de ellas eran hiperactivas, 10 tenían proble- mas de lectura, 6 eran diagnosticadas con ambos problemas y 12 con problemas de atención.

Paralelamente se formó un grupo de varones a los que se les trató - con las mismas cuestionamientos y pruebas y que quedaron classifica- dos de la siguiente manera: veinticuatro con problemas de hiperquine- sia, 19 con problemas de lectura, 10 con ambos diagnósticos y 12 - con problemas de atención.

Los autores concluyen que son más los niños que presentan problemas de lectura y que tienen más baja habilidad verbal, limitada memoria y poca capacidad de atención, aunque sí son más rápidos en competencias de razonamiento y encontraron que el déficit de la atención sin hiperactividad es más común en niñas que en los varones.

2.3 LA HIPERQUINESIA Y LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Un capítulo importante en la recopilación de estudios efectuados alrededor de la hiperquinesia es el referente a los problemas de aprendizaje ya antes de continuar mencionando los estudios encontrados es interesante mencionar el de Barbara Keogh (1971) en el cual menciona 3 hipótesis para clarificar entre problemas de aprendizaje e hiperquinesia:

Hipótesis No. 1 = " Esta explicación de los problemas de aprendizaje en los niños hiperquinéticos asume que hay un número de síntomas de mala adaptación que tiene su origen en lo orgánico.

Hipótesis No. 2 = " Asume que los niños hiperactivos están neurológicamente intactos pero que la naturaleza e intensidad de su actividad motora interrumpe los procesos en la adquisición de información. Esta actividad es vista como interferencia en la atención que requieren las tareas. Los movimientos excesivos especialmente la cabeza y los ojos interrumpen la entrada de información.

Hipótesis No. 3 = " Los procesos de decisión en estos niños se hacen con excesiva rapidez, y obviamente el efecto de esta rápida decisión corta la cantidad de información adquirida y provoca una pobreza en la solución de problemas.

Sobre la impulsividad o irreflexibilidad Kagan y col. (1966) han encontrado estos dos extremos son relativamente estables a través del tiempo y la tarea y se refiere el niño impulsivo característicamente hace rápidas-decisiones y comete muchos errores, el niño reflexivo tarda en la decisión y así comete pocos errores por lo tanto la reflexión es más compatible con las exigencias escolares actuales que la impulsividad.

Con respecto a la rapidez en la respuesta Keogh Barbara menciona a Turnure (1970) y Carrier (1961) los cuales confirmaron que los niños que tienen pobre aprendizaje tenían un alto número de movimiento difusos y extraños en la cabeza y los ojos y Drake (1970) encontró que los chicos reflexivos dirigían más directamente su atención y miraban más tiempo el estímulo que los impulsivos Palkes y col. (1968) entrenaron a niños hiperquinéticos a decirse a sí mismos "despacio" y dió como resultado una mejoría en la tarea. En todos estos estudios se sugiere que la rapidez en la respuesta es importante en las situaciones de aprendizaje incluso este puede ser modificado por aspectos de reforzamiento. Nadine Lambert y Jonathan Sandoval (1980) de la Universidad de California llevaron a cabo un estudio sobre la prevalencia de problemas de aprendizaje en niños y adolescentes.

Hacer mención de la importancia de distinguir claramente ambos problemas ya que un gran porcentaje de niños hiperactivos recibe tratamiento farmacológico pero no mejora su condición escolar.

Se suelen asociar ambos problemas pues se considera que hay un déficit en los procesos centrales de estos niños sin embargo no hay conclusiones contundentes al respecto por lo que es necesario examinar más detenidamente las estrategias de intervención. Los autores hacen notar el siguiente hecho: En un salón de clases donde hay 2 niños con problemas de aprendizaje un hiperquinético y otro no, el primero no permanece quieto en su silla, charla y pelea con sus compañeros, se mueve constantemente, no obedece, es indisciplinado etc. mientras que el otro permanece quieto y no produce desorden en el salón ¿Cuál de los 2 es detectado por el maestro? la respuesta es -

clara y es así como se hacen las confusiones ya que no todos los niños hiperquinéticos tienen problemas de aprendizaje y viceversa.

Los autores definieron una clasificación en base a criterios de padres, maestros y médicos de la siguiente manera:

- 1) Hiperactividad primaria.- Cuando es considerado hiperquinético - en las tres situaciones casa, escuela y consultorio, y el médico - no encontró ningún signo físico que explicara su comportamiento.
- 2) Hiperactividad secundaria.- Igual a la anterior pero el médico - encontró signos orgánicos.
- 3) Otros hiperquinéticos cuando fué definido así en uno o dos de las circunstancias mencionadas.
- 4) Anteriormente hiperactivos.- Niños que fueron definidos como hiperquinéticos pero no al tiempo de encuestar el estudio.

La definición del problema de aprendizaje fué hecho cuando existía - discrepancia entre presumible habilidad intelectual y el funcionamiento real; se encontró que en el 42.6% de los sujetos hiperactivos se - encontraron diferencias entre sus habilidades y sus logros pero no es - posible concluir que problemas de aprendizaje e hiperactividad sean - sinónimos tomándose también en cuanto que estos problemas son por falta de capacidad de los maestros o de las condiciones escolares.

En otro estudio de Dykman R. y Ackerman P. Oglesby M. (1980) - con 3 grupos de niños A) hiperactivos. B) problemas de aprendizaje C) normales las edades comprendidas entre 7 y 10 años aplicando varias pruebas entre ellas el WISC relacionaron los problemas de aprendizaje y los desordenes de atención y conducta.

Los niños con dificultades de aprendizaje su puntaje es más bajo que los otros niños en general, pero obtuvieron puntajes más altos en los subtests de relaciones especiales como bloques, rompecabezas y figuras incompletas.

Delamater M. Lahey y Drake Linda (1981), compararon niños hiperquinéticos y niños normales a través de su historia neurológica en la que se tomaron en cuenta los factores perinatales, familiares y de stress. No encontraron diferencias entre los dos grupos en relación al sexo, edad, edad de los padres, raza, factores perinatales o número de hermanos. Sin embargo los autores reportan haber hallado que el orden de nacimiento era diferente así como el C.I. de los niños hiperquinéticos era más bajo, existía mayor problemática familiar productora de stress y estos eran producto del primer nacimiento con más frecuencia que los niños normales.

Comparando niños hiperquinéticos en dos grupos uno con problemas de aprendizaje y otro normal, Halperin Jeffrey y Gittel Rachel y col. (1984) llegaron a la conclusión de que son subgrupos diferentes dentro del síndrome del desorden de la atención con hiperquinesia. Describen entre sus hallazgos que el C.I. de estos niños es entre 86 y 115 con unas medias de 97.4 en la escala verbal, 103.9 en la ejecutiva y 100.4 en la escala total.

De la muestra consistente en 241 niños el 9.1% tenían sintomatología mixta, el 25.7% eran solamente hiperquinéticos y el resto 65.2 eran normales.

Un curioso estudio es el efectuado por Craft Diane (1983) en el cual trata de probarse el hacer ejercicio físico antes de realizar una tarea afecta la ejecución de ésta, basándose en la hipótesis de que el ejercicio es un estímulo capaz de alterar la excitación y dado que la hiperactividad de estos niños es una sobreexcitación tal vez el hacer ejercicio por un período largo ayude a bajarla.

Se tomaron 31 niños hiperactivos y 31 niños normales de 7 a 10 años de edad, en 10 escuelas del área metropolitana de Nueva York. Los chicos hiperactivos fueron identificados por los psicólogos de las escuelas y se descartaron los que tuvieron problemas emocionales serios y daño cerebral severo. Se les aplicó WISC-R en las escalas de dígitos, claves y del ITPA el subtest de memoria visual secuencial.

El ejercicio consistió en pedalear en una bicicleta fija a unos 18 ó 20 km/hora. Cada paciente pedaleó según su resistencia entre diferentes duraciones cada sesión 0.1.5.10 minutos cada una. Los resultados fueron que ni los niños normales ni los niños hiperquinéticos modificaron su ejecución siendo en estos últimos más pobre su ejecución consistentemente en todas las pruebas, por lo que se concluye que el ejercicio no mejora la ejecución.

2.4 ESTUDIOS LONGITUDINALES

Una idea muy generalizada entre profesionistas, maestros y padres de estos niños es la creencia de que el síndrome desaparece en la adolescencia sobre este punto se hallaron dos estudios los cuales se considera importante mencionar aunque estén hechos con adolescentes pues las conclusiones son definitivas al respecto.

El estudio de K. Minde y col. (1971) con 37 niños que fueron diagnosticados como hiperquinéticos y que fueron comparados con una muestra semejante en edad y sexo con respecto a su desenvolvimiento escolar, repeticiones y calificaciones. El estudio fué realizado a lo largo de 5 años de seguimiento y los resultados mostraron que el aprovechamiento de los hiperquinéticos es más pobre, esto coincide con los hallazgos de otros investigadores y probablemente se debe a las dificultades que algunos de estos niños presentan en el proceso de aprendizaje de la lecto-escritura.

Ambos grupos obtuvieron calificaciones semejantes en actividades artísticas y deportivas, tal vez esto corrobore la hipótesis de que estos sujetos son de naturaleza más práctica que académica a este respecto debe hacerse notar que actividades físicas los resultados fueron buenos para estos niños por lo que se contrapone a la creencia de que tengan dificultades de coordinación gruesa.

Los datos obtenidos contrastan con lo que popularmente se cree que los problemas asociados con la hiperactividad desaparecen en la adolescencia ya que el 25% de estos niños tuvieron una historia de acting out o conductas antisociales de las cuales el 15% fué a la corte difiriendo considerablemente del grupo de niños normales que solo presentó problemas el 2%, la razón de esto probablemente sea las secuelas de sus fracasos, dificultades de aprendizaje, situaciones conflictivas vividas etc. causándoles todo esto una profunda falta de motivación y frustración.

Los autores concluyen que la hiperactividad afecta profundamente la vida personal y académica de estos niños por lo que requieren de apoyo psicológico por suficiente tiempo como para que lleguen a la adultez con un concepto de sí mismos más adecuado y adaptado. Sobre la misma línea de estudios longitudinales para observar a los niños hiperquinéticos durante la adolescencia Hoy Wein y col. (1978) observaron a 15 adolescentes diagnosticados 5 años antes como hiperquinéticos con un grupo control y equivalente en edad, sexo, inteligencia (más de C.I. de 85) y clase social. A ambos grupos se les aplicaron varias pruebas de inteligencia, medidas de atención, visomotricidad y motricidad gruesa, abstracción, habilidad de lectura así como pruebas de personalidad, autoestima y aspiraciones.

El estudio se efectuó en Montreal, el grupo experimental se seleccionó del Hospital para niños de dicha ciudad y los chicos del grupo control pertenecían a una escuela secundaria. Ninguno de ellos tenía problemas de epilepsia, parálisis cerebral, daño cerebral o psicosis.

En el presente estudio el grupo hiperactivo ya en la adolescencia reportó actividad y distractibilidad a iguales niveles que los del grupo control sin embargo se muestran datos de que cognocitiva, emocional socialmente si presentan dificultades.

2.5 CNCLUSIONES DE LA REVISION BIBLIOGRAFICA

Una conclusión que podemos sacar después de esta revisión bibliográfica es que dado la novedad de su aparición los enfoques y líneas de investigación son sumamente dispersos y difícil de reunir en un haz congruente de conclusiones.

En varios estudios se hace mención de la subjetividad en el diagnóstico y es necesario recalcar este campo dado que al carecer de parámetros muy precisos deben tenerse presentes los factores personales de los padres y maestros como tolerancia a la actividad de los niños, experiencias propias de la niñez, enfoque teórico etc., que juegan un papel determinante en el diagnóstico que tanto padres y maestros como médicos y psicólogos hacen.

Con relación a otros síntomas como depresión los estudios mencionados no permiten un englobamiento que nos lleve a inferir nada concluyente, sin embargo si se considera importante mencionarlas pues reflejan una necesidad que debe ser llenada conforme la psicología clínica avance en sus conocimientos.

Claramente se vió en casi todas las investigaciones y en las notas bibliográficas mencionadas por ellas que la proporcionalidad entre los sexos es definitivamente de mayor incidencia entre los varones que en el sexo femenino.

El ámbito de los estudios relacionados con el aprendizaje si más permite conclusiones más claras referentes a la alta incidencia de estos

problemas en los niños hiperquinéticos con todas las variaciones que - la misma definición de trastornos de aprendizaje trae consigo.

Aunque solo dos estudios logitudinales se hallaron sobre la adolescencia de estos chicos si cabe mencionar que ambas concuerdan con la creencia popular de que el síndrome desaparece con la edad y que - su problemática se limita a un simple aspecto de maduración. Es - importante hacer conciencia tanto en padres y maestros como en los profesionistas que laboran en estos casos que la problemática de estos niños requiere de apoyo médico y de orientación y tratamiento psico lógicos.

3. METODOLOGIA

3.1 PROBLEMA

¿ Existen diferencias en la ejecución de la Escala Weschler para niños Wisc y Test Visomotor de Bender entre un grupo de niños hiperquinéticos y un grupo de niños normales ?

3.2 JUSTIFICACION

Cada día son más los niños que llegan a las instituciones traídos por sus padres o enviados por sus maestros, debido a problemas de inquietud, impulsividad, dificultades en el área de la atención y la concentración; múltiples pueden ser las causas que estén provocando esta sintomatología: factores orgánicos, problemas familiares, falta de control en la escuela, condiciones ambientales como el aumento de plomo en la atmósfera, alteraciones en el proceso de aprendizaje etc.

Esta multiplicidad y diversidad de etiologías posibles hacen que el diagnóstico de estos niños se dificulte siendo por otro lado de primordial importancia el efectuarlo adecuadamente debido a que de esto depende el tratamiento y ayuda que reciba el niño. El psicólogo puede ayudar ampliamente tanto en los aspectos diagnósticos como en el tratamiento y control de estos niños y es en relación a las aportaciones que pueden brindarse desde el marco de las pruebas psicológicas donde se sitúa este trabajo, con el fin de ayudar a la determinación del perfil psicológico de estos niños.

Se eligieron este tipo de pruebas por ser muy conocidas y utilizadas para la determinación del cociente intelectual y la detección de problemas perceptuales, ya que están respaldadas por una amplia variedad de investigaciones y estudios que han determinado su utilidad y confiabilidad.

Asimismo una de las aportaciones que este estudio puede hacer es - el colaborar en la recopilación de datos estadísticos propios de nuestro país. Y así conocer la real problemática de los niños mexicanos, iniciándose así mismo una proposición de un perfil propio del niño hiperquinético en ambas pruebas.

3.3 OBJETIVO

3.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la diferencia en los puntajes registrados en un grupo de niños hiperquinéticos en comparación de otro de igual tamaño de niños normales, en la Escala Weschler para niños Wisc y Test Visomotor de Bender.

3.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer si existen discrepancias entre el área verbal y el área ejecutiva en la Escala Weschler para niños hiperquinéticos.

Determinar si hay un perfil característico del niño hiperquinético en la ejecución de la Escala Weschler para niños Wisc y el Test Visomotor de Bender.

3.4 HIPOTESIS

Existen diferencias en los puntajes obtenidos en la aplicación de la Escala Weschler para niños Wisc y Test Visomotor de Bender de niños hiperquinéticos comparada con los puntajes obtenidos en las mismas pruebas de niños normales.

3.5 VARIABLES

La muestra de niños normales se apareó a la muestra de niños hiperquinéticos por sexo y edad.

La variable independiente es la presencia o ausencia de hiperquinesia.

Las variables dependientes son:

1.- Rendimiento intelectual Escala Weschler para niños Wisc.

Escala Verbal
Escala Ejecutiva
Escala Total
Información
Comprensión
Aritmética
Semejanzas
Vocabulario
Dígitos
Figuras Incompletas
Historietas
Cubos
Rompecabezas
Claves

2.- Nivel de maduración perceptual Test Visomotor de Bender

Edad Perceptual
Indicadores de organicidad:
§ Distorisión de la Forma
Perseveración
Rotación

Forma Perdida
Desproporción
Angulos por Curvas
Integración
Lineas por Puntos
Círculos por Puntos

3.6 SUJETOS

Se trabajó con niños de ambos sexos, de edad entre 6 0/12 y 11 11/12 en etapa escolar de primaria de nivel socioeconómico medio y medio bajo (clasificación B,C,D,F, usada en el INSM-DIF, todos originarios del Distrito Federal y cuyo coeficiente intelectual en el Wisc estaba comprendido entre 90 y 120.

La muestra de niños hiperquinéticos es una muestra accidental ya que se tomaron los niños que asistieron a consulta por hiperactividad.

Estos niños fueron vistos previamente por los servicios de Pediatría, y Neurología de dicha Institución y enviados al servicio de Psicología para valoración psicométrica.

La muestra de niños normales procede de los datos existentes en el Instituto Nacional de Salud Mental en la que los sujetos fueron vistos por los siguientes servicios: Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurología, Pediatría y Psicología no encontrándose ninguna alteración - por lo que se determinó que podrían ser considerados como normales.

Ambos grupos fueron de 30 niños cada uno, se aparearon las muestras en base a sexo y edad.

El diagnóstico de hiperquinesia fué hecho por el servicio de Neurología siguiendo los datos de este cuadro clínico:

- actividad motora aumentada, no dirigida, no productiva, hiperquinesia
- distractibilidad, falta de atención
- manifestación explosiva de furia, exasperación, impulsividad
- cambios de humor no predecible
- ansiedad inexplicable
- pobre ejecución escolar

3.7 INSTRUMENTOS

Escala Weschler para niños WISC

La primera escala para adultos se publicó en 1939 bajo el nombre de Escala Weschler Bellewe pero fué sustituida por la actual escala Wais Escala de Inteligencia para adultos. La escala destinada para los niños entre los 5 y los 15 años es una derivación de ésta ya que prácticamente todos los subtests tienen igual correspondencia entre el formato y las funciones que tratan de medir, variando únicamente en el aumento progresivo de dificultad de los ítems o reactivos.

El tiempo de aplicación varía de 50 a 75 minutos aproximadamente. Consta de 12 subtests, dos de los cuales pueden usarse como tests - alternativos (Dígitos y laberintos)

A través de la aplicación de la prueba se obtiene el coeficiente mental el cual a su vez está determinado por el coeficiente en el área verbal y en área ejecutiva.

El área verbal consta de los siguientes subtests:

- Información. - el cual refleja a) la dotación natural del sujeto - b) las riquezas del medio ambiente de la infancia, c) extensión de la escuela, d) predilecciones culturales, esta prueba implica

una función de la memoria a largo plazo que generalmente se cree influenciada favorablemente mediante un ligero esfuerzo consciente.

- Comprensión. - Refleja el juicio crítico individual ó sentido común implica la movilización automática y sin esfuerzo de aquellas in_ - formaciones que conduzcan a una respuesta apropiada y pertinente ante una situación dada.
- Aritmética. - Los reactivos de este subtest requieren de concentración y del uso de habilidades aritméticas. La presión ejercida por el tiempo en esta prueba impide que el sujeto conteste lo que se le ocurra, obligándolo a poner en juego el esfuerzo voluntario para resolver rápido los problemas.
- Semejanzas. - Mide procesos que son fundamentales para la forma_ ción de conceptos verbales y de pensamiento lógico. La formación de conceptos que supone este subtest ha sido denominado "forma-- ción verbal de conceptos" ya que el sujeto puede resolver los pro_ blemas que se presentan en la prueba sin recurrir a las cosas mis_ mas. Rappaport indicó que el efecto del desajuste en el pensa-- miento a menudo puede descubrirse más tempranamente en la for_ mación de conceptos que en otros aspectos de la inteligencia. - Existen 3 planos en los cuales los sujetos pueden buscar sus respues_ ta, a) en el concreto en el cual toma un rasgo específico común de las cosas en cuestión; y es convertido en un contenido relacio_ nante b) En el plano funcional es la función cumplida por las co_ sas ó bien lo que los seres humanos hacen con ellas lo que pasa a desempeñar el papel de contenido relacionante c) El tercer pla-- no es conceptual abstracto en el cual el sujeto escoge un término genérico que abarca todas las características esenciales de las co_ sas que tienen en común y lo convierte en un vínculo entre ellos.

Vocabulario. - Se considera el mejor subtest de la escala verbal como medida de inteligencia general; examina el causal de conocimientos - adquiridos automáticamente a lo largo de una maduración sin trabas

de la dotación natural. La riqueza e integración del vocabulario dependen de la dotación natural y en parte de la riqueza del medio ambiente educacional de los primeros años.

Dígitos. - Este subtest mide los procesos de atención y en él está involucrado un factor de memoria inmediato de material sin sentido.

Con respecto al área ejecutiva consta de los siguientes subtest: Figuras incompletas prueba no lingüística de información general en la que es necesario la concentración visual.

Historietas, mide anticipación y planeamiento, la condición necesaria para el éxito en esta prueba es la captación automática y atenta de lo esencial de las figuras pasando por alto lo secundario.

Diseño con cubos. - Exige la actuación productiva y coordinación visomotora, esta prueba difiere de composición de objetos o rompecabezas en que el modelo definitivo por construir es colocado delante del sujeto y en que el modelo es construido por partes intercambiables. En ambas pruebas un desempeño motor demasiado rápido o lento no permite a la organización visual descubrir combinaciones correctas. Esta prueba se considera como buena medida no verbal de la inteligencia.

- Composición de objetos o Rompecabezas. Está considerada como una prueba de habilidad de organización perceptual, en él las piezas tienen un lugar inalterable por lo que la organización visual en esta prueba constituye una forma de anticipación de las partes hacia la figura total desconocida. Si falta la organización visual o ésta es pobre empieza un proceso de acción motriz con arreglo de ensayo y error.

- Dígitos. - En este subtest el papel de la coordinación visomotriz parece ser principalmente imitativo. La ejecución depende de las actividades visuales, motrices, de la coordinación y del aprendizaje. Es la velocidad y no la capacidad la que recibe el crédito. El papel de la acción motriz es más variado que en otros subtests ya que consiste en movimientos oculares y de cabeza para observar y verificar los símbolos de la muestra y para localizar el sitio en el que han de copiarse y en movimientos de mano para la escritura.

Los resultados e las pruebas se buscan en las tablas elaborados por Weschler y de ellos es tomado el dato referente al coeficiente mental.

Test visomotor de Bender empleado por primera vez en 1938 por Loretta Bender consiste en nuevas figuras (anexo) que son presentadas una por vez para ser copiadas por el sujeto en una hoja blanca, Wertheimer (1923) las había diseñado originalmente para demostrar los principios de la psicología Gestalt en relación con la percepción. Bender adaptó estas figuras y las usó como un test visomotor señalando que la percepción y reproducción de las figuras giestálticas está determinada por principios biológicos de acción sensorio-motriz que varían en función de:

- a) al patrón de desarrollo y nivel de maduración de cada individuo
- b) su estado patológico funcional u orgánicamente inducido.

El test giestáltico visomotor de Bender es ampliamente usado como valoración psicológica, Sundberg (citado por Koppitz 1974) dirigió una encuesta en 1961 sobre las prácticas referentes a test psicológicos en la psicología clínica encontrando que un total de 185 hospitales es tan usado como el Rorhsach y el Test de la figura humana. Entre 1946 cuando se efectuó una primera encuesta y 1958, el Bender -

saltó del vigésimo quinto puesto al cuarto, en el orden de los tests más frecuentes empleados por los psicólogos clínicos.

Existen varios métodos de clasificación además del propuesto por Loretta Bender, el que aquí fué utilizado en el desarrollo por Koppitz (1974) debido a que es más rica la información obtenida y más sistematizada la clasificación de los datos, obteniéndose además en una escala la edad perceptual de los niños.

Las categorías o indicadores con los que se determina puntaje y edad perceptual están definidos según cada una de las figuras (anexo).

3.8 PROCEDIMIENTO

Para el presente trabajo se eligió un diseño experimental de comparación de 2 grupos apareados por sexo y edad, tomándose como variable independiente la presencia o ausencia de hiperquinésia.

Primeramente se trabajó con la muestra de 30 niños hiperquinéticos los cuales pasaron por el flujo de admisión determinado por la Jefatura de Asistencia del Instituto Nacional de Salud Mental que es el siguiente:

En admisión son vistos por el equipo de Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y Enfermería, donde son asignados al servicio de Neurología para ser vistos por un neurólogo especializado en este tipo de problema y posteriormente se mandan al servicio de Psicología para que les sea aplicado un estudio psicométrico consistente en WISC, Bender y TEst de Machover para determinar su coeficiente mental y detectar si existen problemas emocionales o alteraciones en el proceso de aprendizaje.

La muestra de niños normales se tomó de un trabajo previo elaborado en el mismo Instituto, de donde se tomaron los datos referentes a las pruebas psicológicas de estos niños.

Los datos obtenidos en las pruebas de WISC y Bender fueron vaciados en hojas de concentración, asimismo se seleccionó las pruebas estadísticas que más se adaptaban al tipo de estudio elegido. Posteriormente se trabajó en colaboración con la subdirección de Informática del Sistema Nacional para la Integración de la Familia donde se procedió a vaciar los datos en las tarjetas adecuadas para la computadora para el tratamiento estadístico. (anexo) Posteriormente se analizaron los datos y se procedió a la elaboración del informe.

Con respecto al marco teórico y en forma paralela al trabajo antes descrito se procedió a la búsqueda del material bibliográfico y utilizando los servicios del centro de cómputo de la Universidad Iberoamericana para la localización de los artículos referentes a las investigaciones recientes, para lo cual se cruzaron los siguientes conceptos.

- Hiperquinesia y Escala Weschler para Niños.
- Hiperquinesia y Test visomotor de Bender

3.9 TRATAMIENTO ESTADISTICO

a los datos obtenidos se les aplicará la prueba de Tstudent para diferencias significativas ya que la muestra es pequeña. (Wisc).

Para los datos obtenidos de la prueba Test visomotor de Bender se utilizará la prueba Wilcoxon (para frecuencias)

El manejo estadístico se efectuó en el Centro de Computo en la subdirección de Desarrollo de Sistemas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

4. ALCANCES Y LIMITACIONES

Una de las principales razones por las que es conveniente el manejo de los datos obtenidos en el trabajo clínico es que este nos permite conocer más de cerca la practica diaria y así estudiarlo, ver sus fallas o calibrar más los beneficios que pueden brindarse al paciente que acude a consulta.

Entre los más importantes alcances que este estudio puede aportar es el conocimiento más detallado del perfil psicológico y desempeño intelectual de los niños denominados hiperquinéticos, ayudando con ello a un diagnóstico más fino y acertado, lo que trae aparejado una mejor atención y tratamiento.

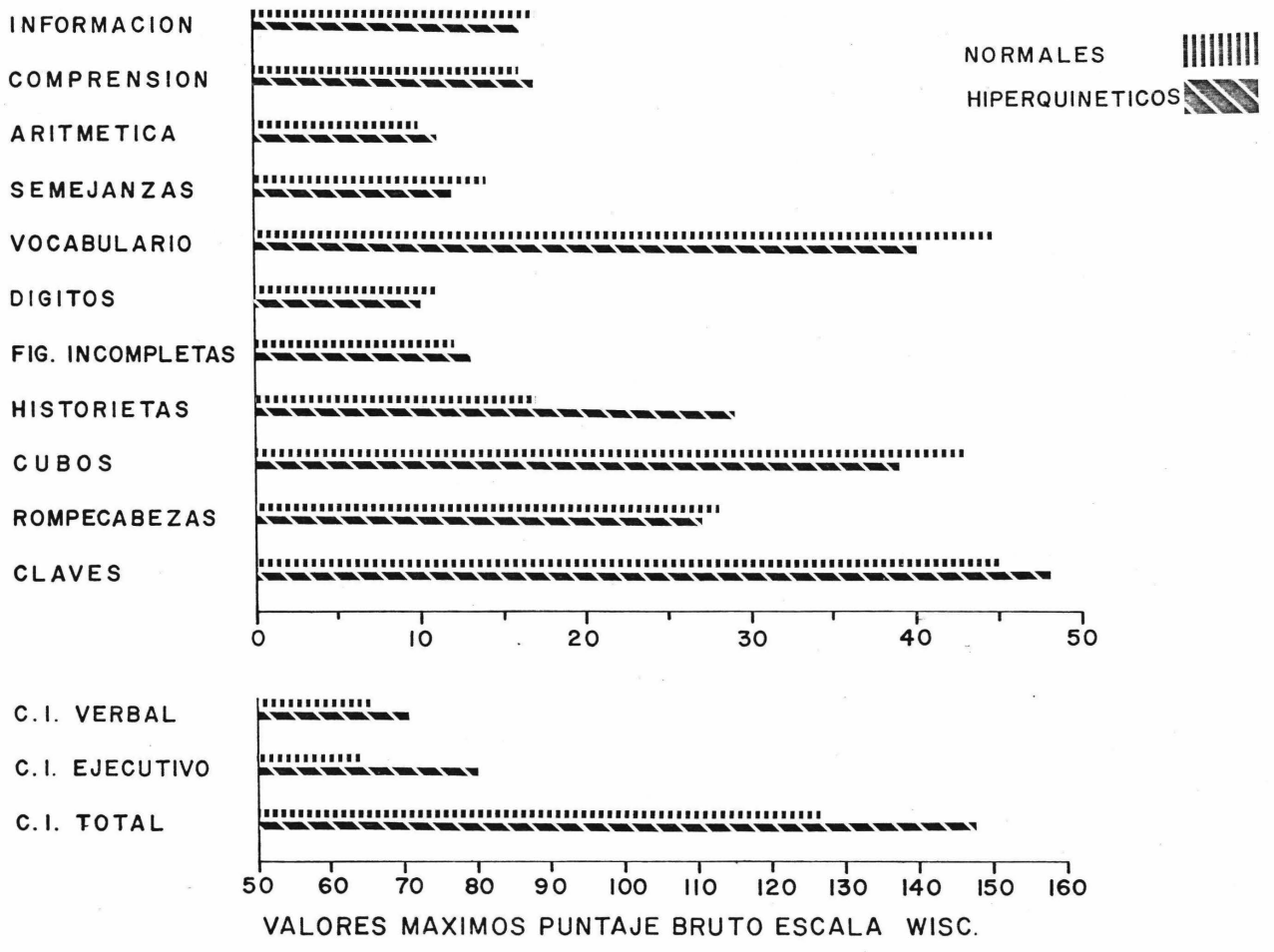
Son muy escasos los estudios hechos con este fin especialmente en México razón por la cual se considera que el presente estudio puede ser una aportación al bagaje de datos psicológicos referentes a las pruebas psicológicas y al entendimiento de los problemas surgidos en el desarrollo de los niños.

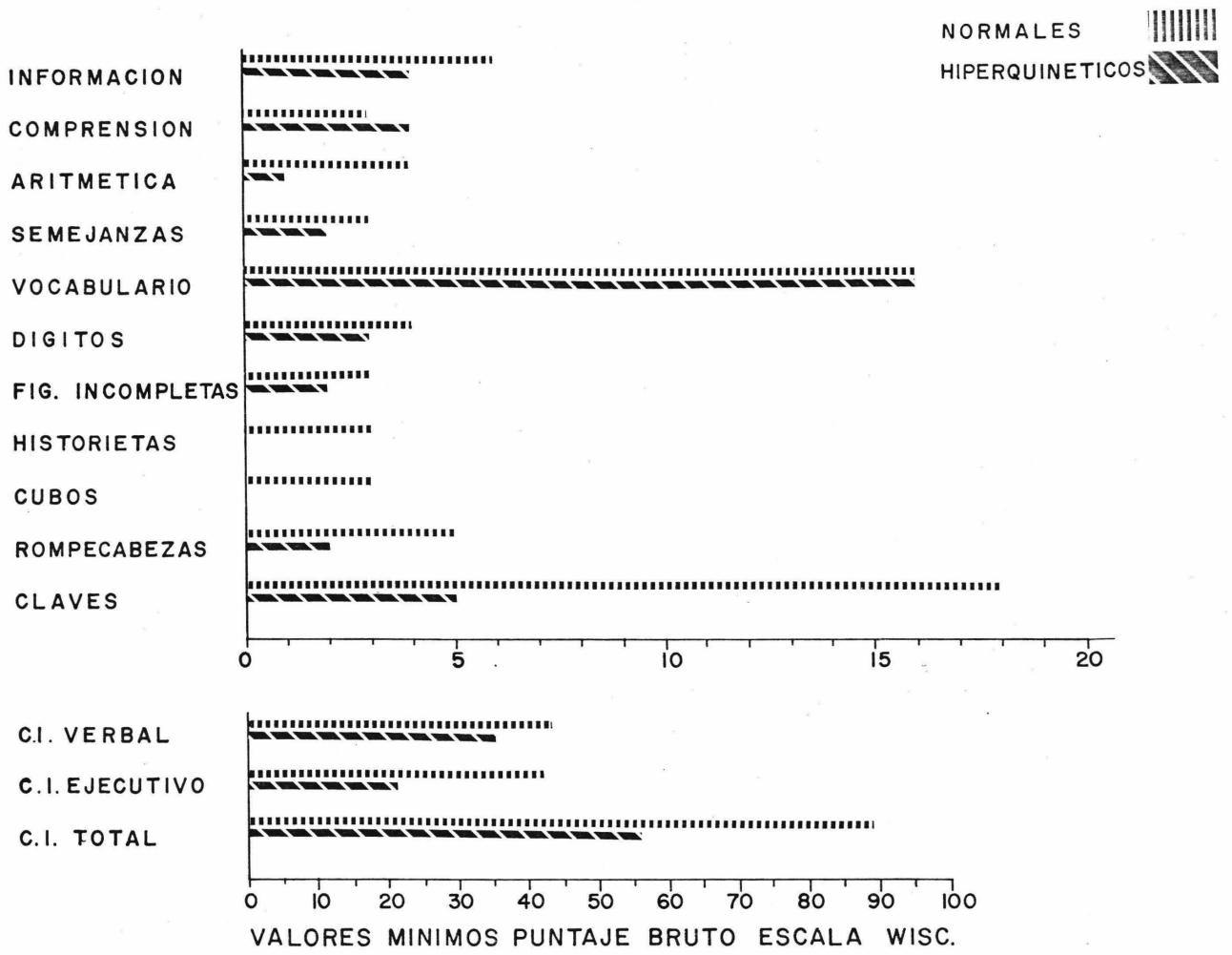
Es importante mencionar que en la situación ambiental que se padece en las grandes capitales como es la ciudad de México, en la cual los niveles de plomo diseminados en la atmósfera están resultando tóxicos y perjudiciales para la salud, el análisis de sangre para medir los niveles de plomo está siendo relacionado con los síntomas presentados por los niños hiperquinéticos ya que pueden ser estos una de las manifestaciones de dicha intoxicación Oscar Alvarado (1985) y M. A. Montaya y col. (1985); por ésta razón se considera que el contribuir al conocimiento del síndrome y el afinamiento de los instrumentos con los que se evalúa a estos niños son de suma importancia y puede presentar un avance en el estudio de estos fenómenos.

Sin embargo el presente estudio adolece de las siguientes limitaciones principalmente, el número de niños estudiados es pequeño por lo que no es posible hacer generalizaciones y por otro lado se limita al área cognocitiva y percptual dejándose para posteriores investigaciones los aspectos emocionales y de manejo familiar que son relevantes en el cuadro que presentan - estos niños.

VALORES MAXIMOS Y MINIMOS PUNTAJES BRUTOS WISC

	MAXIMOS		MINIMOS	
	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>
EDAD	10	10	6	6
SEXO	1	1	0	0
C.I. VERBAL	66	71	43	35
C.I. EJECUTIVO	64	80	42	21
C.I. TOTAL	127	148	89	56
INFORMACION	17	16	6	4
COMPRESION	16	17	3	4
ARTIMETICA	10	11	4	1
SEMAJANZAS	14	12	3	2
VOCABULARIO	45	40	16	16
DIGITOS	11	10	4	3
FIGURAS INCOMPLETAS	12	13	3	2
HISTORIETAS	17	29	3	0
CUBOS	43	39	3	0
ROMPECABEZS	28	27	5	2
CLAVES	45	48	18	5





VALORES MAXIMOS Y MINIMOS WISC PUNTAJES ESCALAR

	<u>MAXIMOS</u>		<u>MINIMOS</u>	
	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>
C.I. VERBAL	120	126	91	81
C.I. EJECUTIVO	120	142	90	60
C.I. TOTAL	120	135	92	68
INFORMACION	18	15	6	5
COMPRESION	15	17	5	6
ARITMETICA	20	16	8	4
SEMEJANZAS	20	17	5	4
VOCABULARIO	16	20	6	6
DIGITOS	16	12	5	5
FIGURAS INCOMPLETAS	15	16	5	4
HISTORIETAS	16	15	4	2
CUBOS	18	18	7	4
ROMPECABEZAS	16	17	4	4
CLAVES	15	17	4	3

NORMALES



HIPERQUINETICOS



INFORMACION

COMPRESION

ARITMETICA

SEMEJANZAS

VOCABULARIO

DIGITOS

FIG. INCOMPLETAS

HISTORIETAS

CUBOS

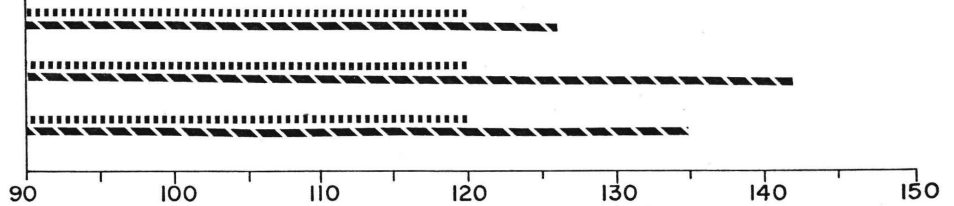
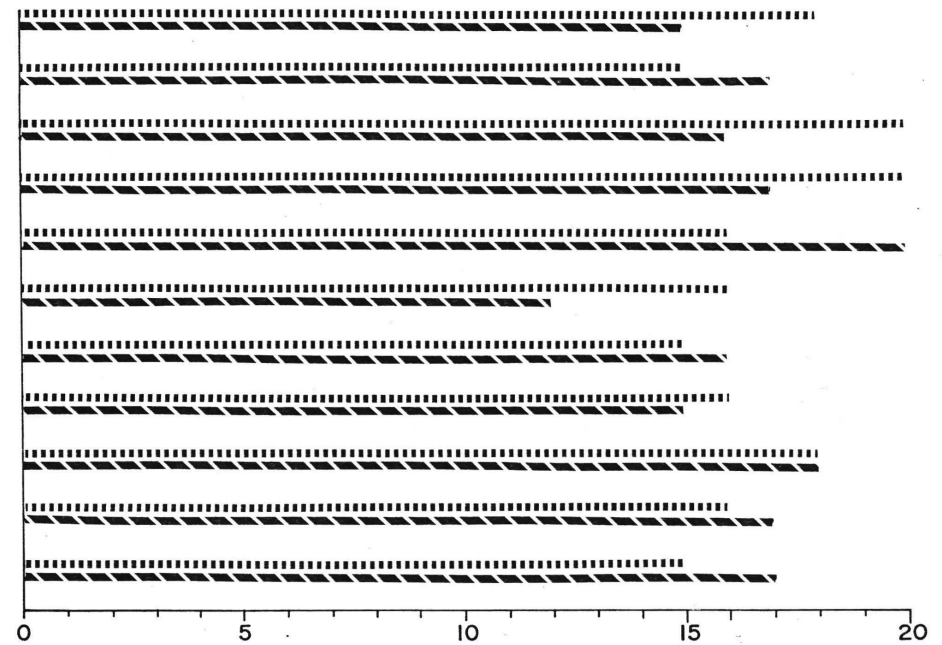
ROMPECABEZAS

CLAVES

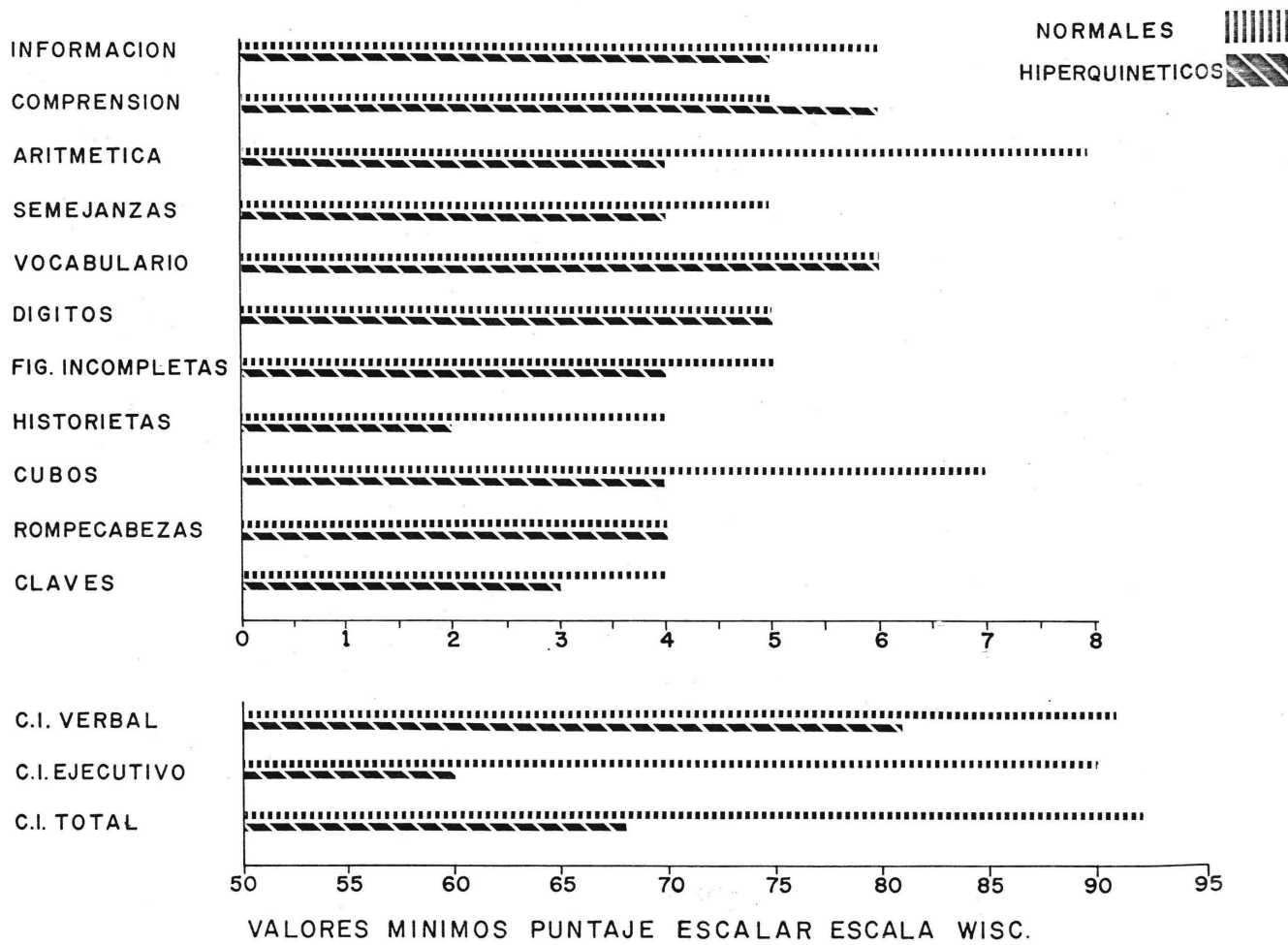
C.I. VERBAL

C.I. EJECUTIVO

C.I. TOTAL

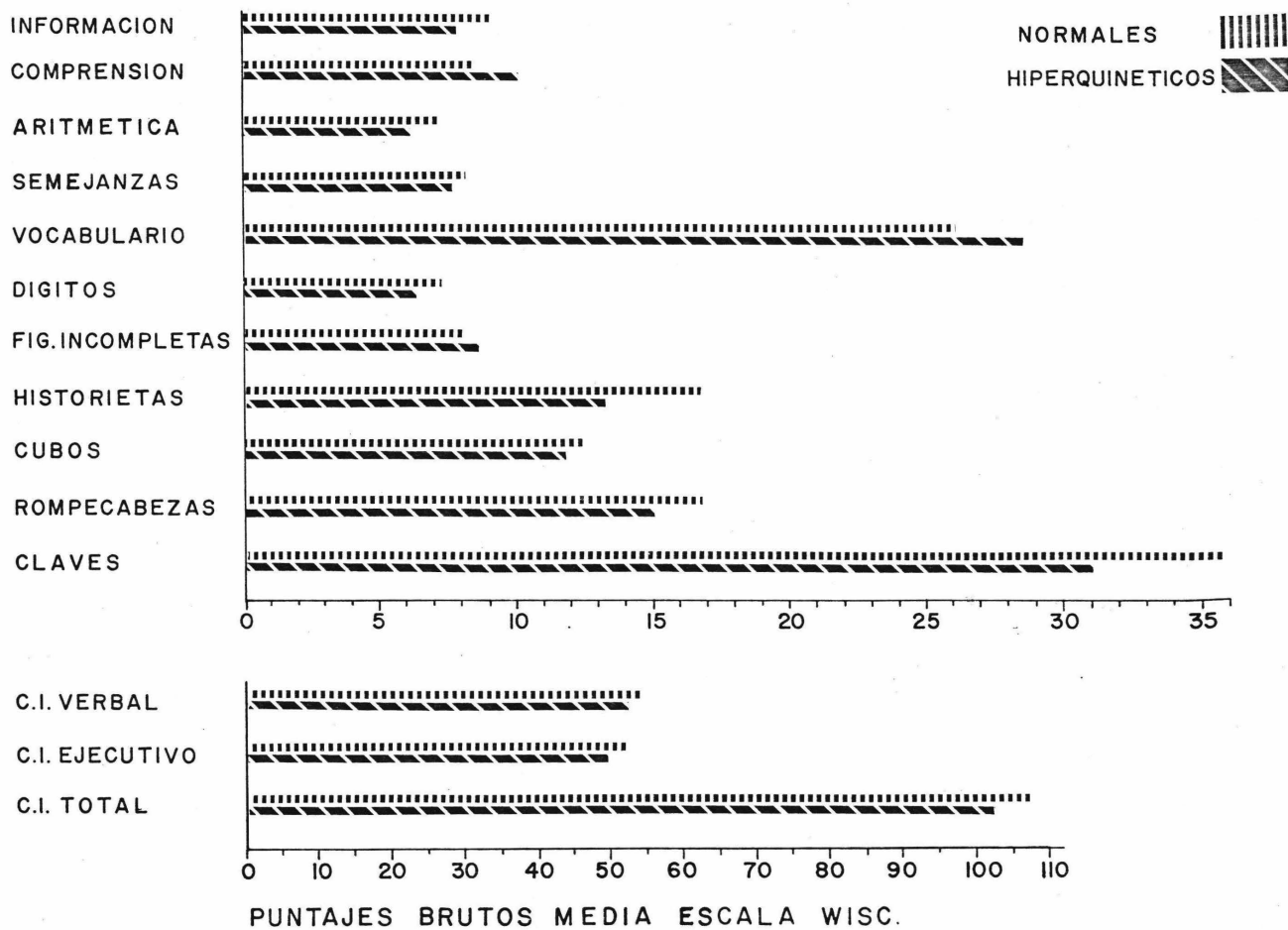


VALORES MAXIMOS PUNTAJE ESCALAR ESCALA WISC.

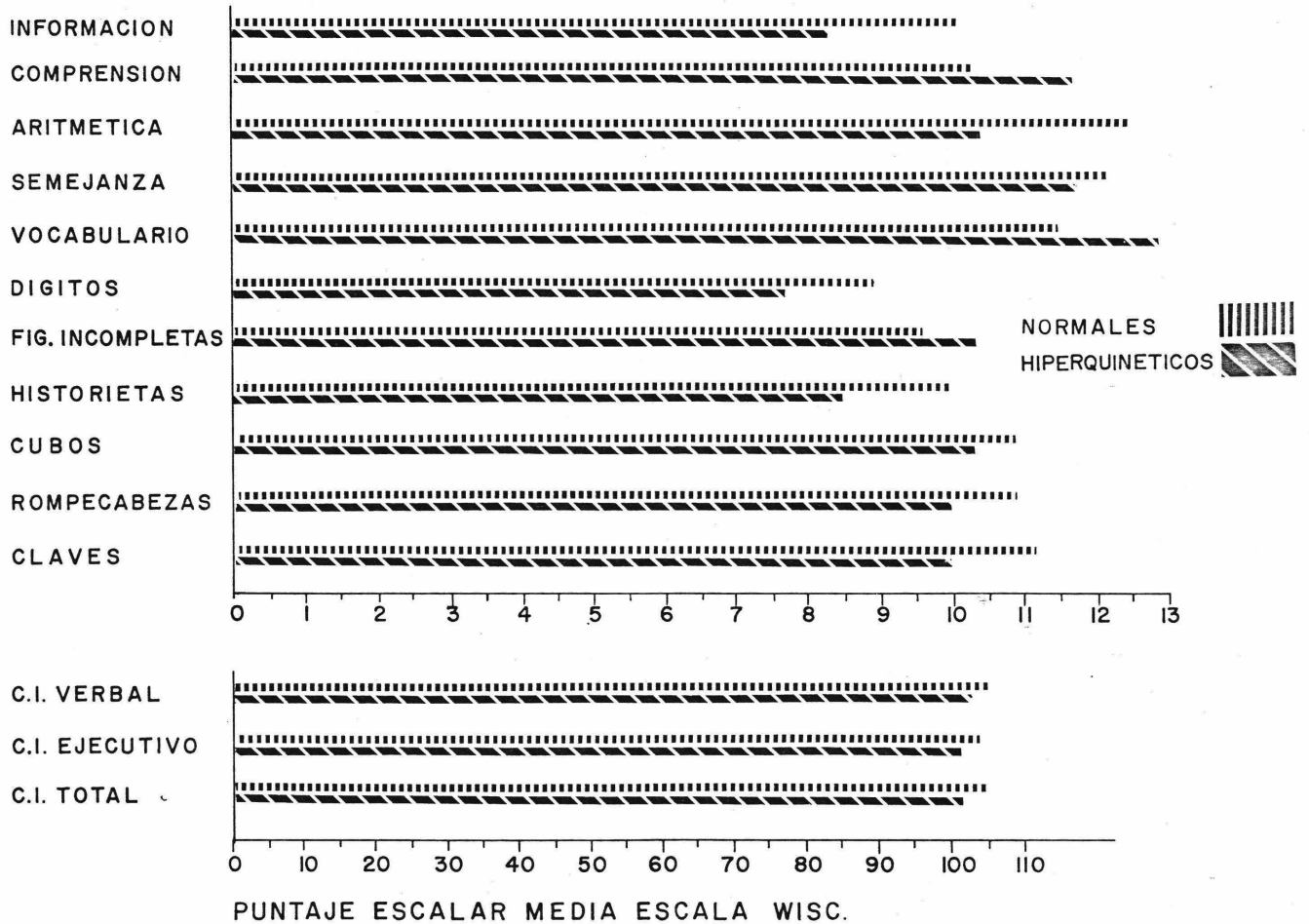


MEDIAWISCPUNTAJES BRUTOSNORMALESHIPERQUINETICOS

EDAD	7.333	7.333
SEXO	8.933	0.933
C.I. VERBAL	54.567	52.900
C.I. EJECUTIVA	52.933	49.933
C.I. TOTAL	107.500	102.500
INFORMACION	9.300	8.033
COMPRESION	8.600	10.200
ARITMETICA	7.333	6.267
SEMEJANZAS	8.200	7.700
VOCABULARIO	26.100	28.666
DIGITOS	7.433	6.433
FIGURAS INCOMPLETAS	8.100	8.633
HISTORIETAS	16.800	13.333
CUBOS	12.533	11.867
ROMPECABEZAS	16.833	15.133
CLAVES	35.700	31.133



	<u>MEDIA</u>	<u>WISC</u>
	<u>NORMALES</u>	<u>PUNTAJES ESCALAR</u>
		<u>HIPERQUINETICOS</u>
EDAD	7.333	7.333
SEXO	0.933	0.933
C.I. VERBAL	105.700	103.167
C.I. EJECUTIVA	104.200	101.800
C.I. TOTAL	105.400	101.800
INFORMACION	10.167	8.333
COMPRESION	10.300	11.700
ARITMETICA	12.567	10.400
SEMEJANZAS	12.267	11.767
VOCABULARIO	11.500	12.933
DIGITOS	8.967	7.767
FIG. INCOMPLETAS	9.633	10.300
HISTORIETAS	10.067	8.567
CUBOS	10.933	10.300
ROMPECABEZAS	10.933	10.000
CLAVES	11.200	10.000



	<u>MODA</u>	<u>PUNTAJES BRUTOS</u>
	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>
EDAD	7	7
SEXO	1	1
C.I. VERBAL	NOT UNIQUE	43
C.I. EJECUTIVO	NOT UNIQUE	58
C.I. TOTAL	NOT UNIQUE	92
INFORMACION	" "	NOT UNIQUE
COMPRESION	" "	NOT UNIQUE
ARITMETICA	7	5
SEMEJANZAS	9	12
VOCABULARIO	29	NOT UNIQUE
DIGITOS	7	6
FIGURAS INCOMPLETAS	7	NOT UNIQUE
HISTORIETAS	NOT UNIQUE	6
CUBOS	6	6
ROMPECABEZAS	NOT UNIQUE	18
CLAVES	45	45

	<u>MODA</u>	<u>PUNTAJE ESCALARES</u>
	<u>NOMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>
EDAD	-	-
SEXO	-	-
C.I. VERBAL	NOT UNIQUE	91
C.I. EJECUTIVO	" "	111
C.I. TOTAL	109	NOT UNIQUE
INFORMACION	NOT UNIQUE	NOT UNIQUE
COMPRESION	NOT UNIQUE	11
ARITMETICAS	NOT UNIQUE	10
SEMEJANZAS	12	NOT UNIQUE
VOCABULARIO	NOT UNIQUE	13
DIGITOS	9	6
FIGURAS INCOMPLETAS	6	8
HISTORIETAS	12	7
CUBOS	7	12
ROMPECABEZAS	NOT UNIQUE	NOT UNIQUE
CLAVES	13	9

85...

DESVIACION STANDARWISCPUNTAJES BRUTOSNORMALESHIPERQUINETICOS V. ESTIMADO DE TVARIABLE

EDAD	1.061	1.061	1.000
SEXO	0.254	0.254	1.000
C.I. VERBAL	5.734	10.145	0.437
C.I. EJECUTIVA	5.426	13.491	0.263
C.I. TOTAL	9.395	20.135	0.223
INFORMACION	2.769	2.810	0.084
COMPRESION	3.244	3.167	0.058
ARITMETICA	1.626	2.504	0.055
SEMEJANZAS	2.999	3.098	0.528
VOCABULARIO	7.383	7.241	0.179
DIGITOS	1.406	1.870	0.023
FIGURAS INCOMPLETAS	2.354	2.883	0.436
HISTORIETAS	9.643	8.543	0.146
CUBOS	10.338	9.684	0.797
ROMPECABEZAS	5.837	7.934	0.348
CLAVES	7.648	12.182	0.087

SIGNIFICATIVOS AL .05

<u>VARIABLE</u>	<u>DESVIACION STANDAR</u>		<u>WISC</u>
	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>	<u>PUNTAJES ESCALARES</u>
			<u>V. ESTIMADO DE T.</u>
EDAD	1.061	1.061	1.00
SEXO	0.254	0.254	1.00
C.I. VERBAL	7.264	13.028	0.356
C.I. EJECUTIVA	7.540	18.762	0.253
C.I. TOTAL	6.881	14.658	0.228
INFORMACION	2.679	2.758	0.11 *
COMPRESION	2.950	2.879	0.068
ARITMETICA	2.549	2.860	0.003 *
SEMEJANZAS	3.039	3.181	0.536
VOCABULARIO	2.662	3.542	0.082
DIGITOS	2.470	2.128	0.048 *
FIGURAS INCOMPLETAS	2.858	3.218	0.400
CUBOS	2.828	3.476	0.442
HISTORIETAS	2.791	2.648	0.037 *
ROMPECABEZAS	3.095	3.751	0.298
CLAVES	2.441	3.4740	0.127

SIGNIFICATIVOS AL .05

TEST VISOMOTOR DE L. BENDER

SI PRESENTAN DATOS

NO PRESENTAN

	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUIN.</u>	<u>P.</u>	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>
DISTORSION	5	9	0.360	25	21
DESPROPORCION	3	3	1.000	27	26
ROTACION	3	5	0.704	27	25
INTEGRACION	3	6	0.470	27	24
CIR. POR PUNTOS	3	7	0.299	27	23
ROTACION	2	4	0.667	28	26
PERSEVERACION	0	2	0.972	30	28
ROTACION	0	4	0.120	30	26
FILA AGREGADA	1	2	1.000	29	28
PERSEVERACION	0	1	1.000	30	29
CIR. POR PUNTOS	2	4	0.667	28	26
ROTACION	2	9	0.045	28	21
FORMA PERDIDA	2	6	0.255	28	24
LINEA	0	4	0.120	30	26
ROTACION	10	14	0.429	20	16
INTEGRACION	9	14	0.288	21	16
CIRCULOS	1	4	0.350	29	26
ROTACION	4	9	0.210	26	21
FORMA PERDIDA	0	3	0.236	30	27
LINEA	2	2	1.000	28	28
ANGULOS	0	4	0.120	30	26
LINEA RECTA	0	1	1.000	30	29
INTEGRACION	1	4	0.350	29	26
PERSEVERACION	0	6	0.031	30	29

	SI PRESENTAN DATOS		P	NO PRESENTAN	
	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUIN.</u>		<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>
DESPROPORCION	1	3	0.605	29	27
ANGULOS INCORRECTOS	7	17	0.018	23	13
ROTACION	8	13	0.279	22	17
INTEGRACION	3	12	0.017	27	18
ANGULOS INCORRECTOS	2	13	0.003	28	17
ROTACION	1	6	0.108	29	24
ORDEN CONFUSO	9	9	1.000	21	21
LINEA ONDULADA	0	2	0.472	30	28
RAYAS POR PUNTOS	1	2	1.000	29	28
AUMENTO PROGRESIVO	1	2	1.000	29	28
TAMAÑO GRANDE	2	3	1.000	28	27
TAMAÑO PEQUEÑO	1	6	0.108	29	24
LINEA FINA	0	1	1.000	30	29
TRABAJO EXCESIVO	5	7	0.747	25	23
SEG. INT.	6	9	0.729	24	26
EXPANSION	0	0	NO HUBO SUFFICIENTES DATOS.	30	30
CONTRICCION	5	6	1.000	25	24

INDICADORES EMOCIONALES

TEST VISOMOTOR DE BENDER

	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>	<u>PROBABILIDAD</u>
2 DISTORSION			0.005
SI	5	9	
NO	25	21	0.360
3 DESPROPORCION			
SI	3	3	1.000
NO	27	26	
4 ROTACION			
SI	3	5	0.704
NO	27	25	
5 INTEGRACION			
SI	3	6	0.470
NO	27	24	
6 CIR. POR PUNTOS			
SI	3	7	0.299
NO	27	23	
7 ROTACION			
SI	2	4	0.667
NO	28	26	
8 PERSEVERACION			
SI	0	2	0.472
NO	30	28	
9 ROTACION			
SI	0	4	0.120
NO	30	26	
0 FILA AGREG.			
SI	1	2	1.000
NO	29	28	
1 PERSEVERACION			
SI	0	1	1.000
NO	30	29	

	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>	<u>PROBABILIDAD</u>
12 CIR. POR PUNTOS			
SI	2	4	0.667
NO	28	26	
13 ROTACION			
SI	2	9	0.045
NO	28	21	
14 FORMA PERDIDA			
SI	2	6	0.255
NO	28	24	
15 LINEA			
SI	0	4	0.120
NO	30	26	
16 ROTACION			
SI	10	14	0.429
NO	20	16	
17 INTEGRACION			
SI	9	14	0.288
NO	21	16	
18 CIRCULOS			
SI	1	4	0.350
NO	29	26	
19 ROTACION			
SI	4	9	0.210
NO	26	21	
20 FORMA PERDIDA			
SI	0	3	0.236
NO	30	27	
21 LINEA			
SI	2	2	1.000
NO	28	28	

	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>	<u>PROBABILIDAD</u>
22 ANULOS			
SI	0	4	0.120
NO	30	26	
23 LINEA RECTA			
SI	0	1	1.000
NO	30	29	
24 INTEGRACION			
SI	1	4	0.350
NO	29	26	
25 PERSEVERACION			
SI	0	6	0.031
NO	30	24	
26 DESPROPORCION			
SI	1	3	0.605
NO	29	27	
27 ANG. INC.			
SI	7	17	0.018
NO	23	13	
28 ROTACION			
SI	8	13	0.279
NO	22	17	
29 INTEGRACION			
SI	3	12	0.017
NO	27	18	
30 ANGULOS INC.			
SI	2	13	0.003
NO	28	17	
31 ROTACION			
SI	1	6	0.108
NO	29	24	

	<u>NORMALES</u>	<u>HIPERQUINETICOS</u>	<u>PROBABILIDAD</u>
32 ORDEN CONFUSO			
SI	9	0	1.000
NO	21	21	
33 LINEA ONDULADA			
SI	0	2	0.472
NO	30	28	
34 RAYAS Y PUNTOS			
SI	1	2	1.000
NO	29	28	
35 AUMENTO PROG.			
SI	1	2	1.000
NO	29	28	
36 TAM. GDE.			
SI	1	3	0.1000
NO	29	27	
37 TAM. PEQUEÑO			
SI	1	6	0.108
NO	29	24	
38 LINEA FINA			
SI	0	1	1.000
NO	30	29	
39 TRAB. EXC.			
SI	5	7	0.747
NO	25	23	
40 SEG. INT.			
SI	6	4	0.729
NO	24	26	
41 EXPANSION			
SI	0	0	NO HUBO
NO	30	30	SUFICIENTE
			DATOS.

NORMALESHIPERQUINETICOSPROBABILIDAD

42 CONSTRICCION

SI

5

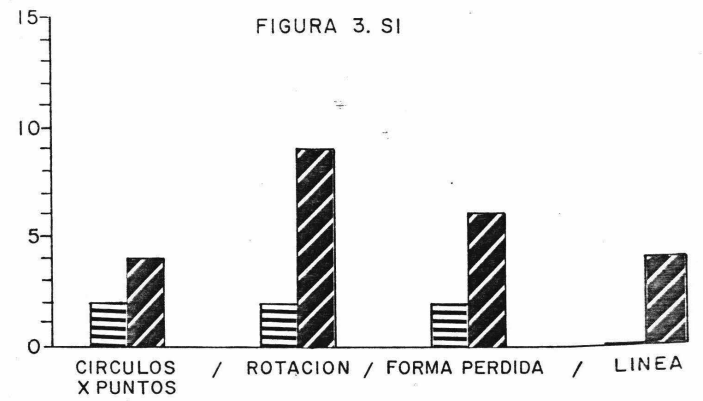
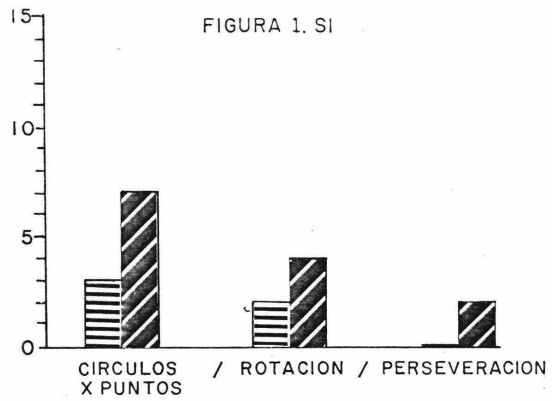
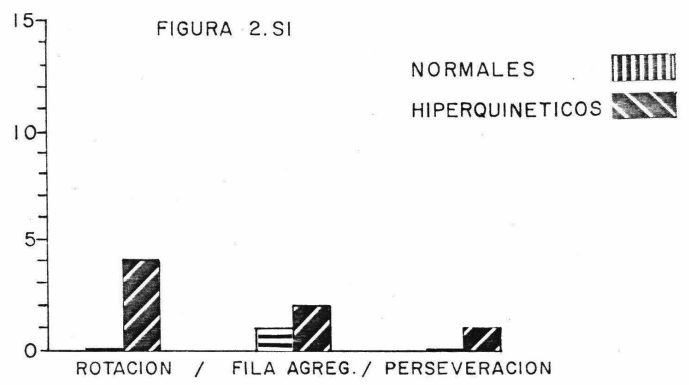
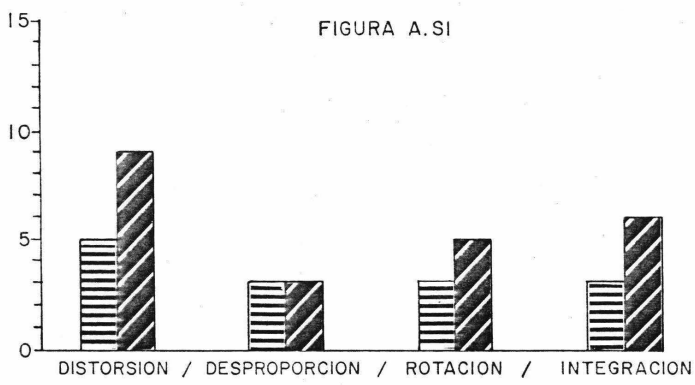
6

1.000

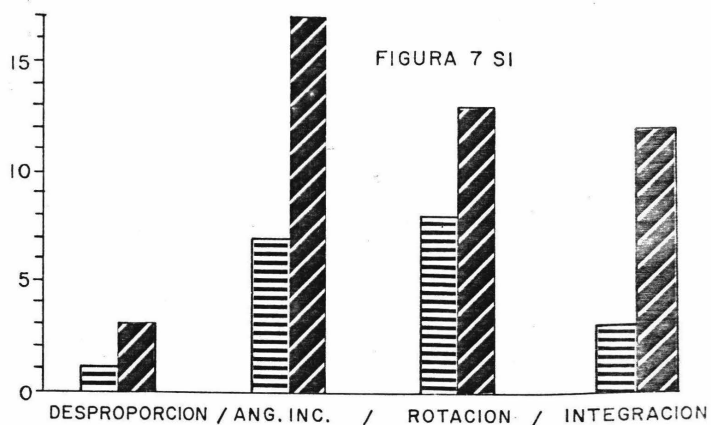
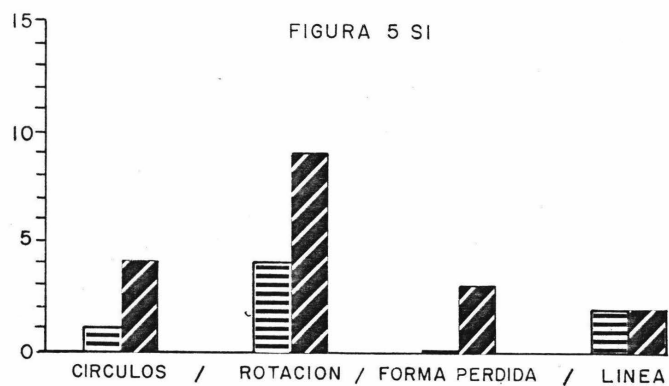
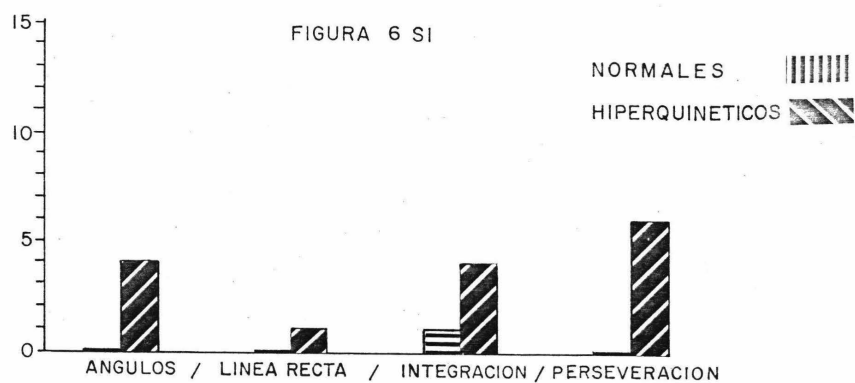
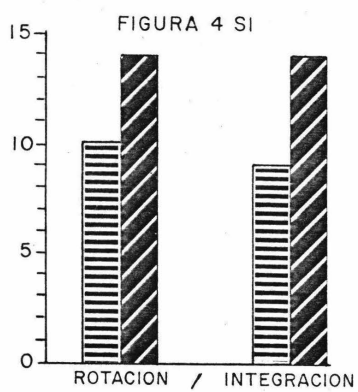
NO

25

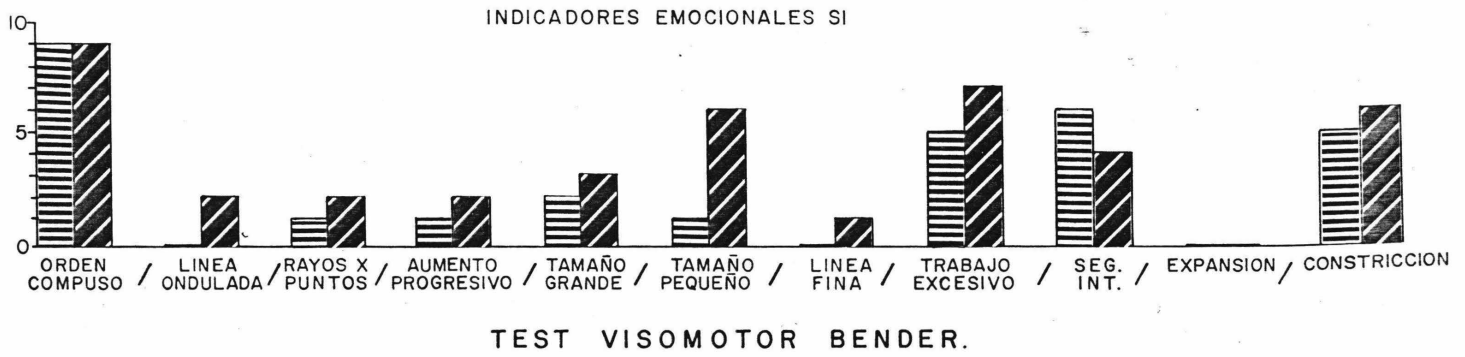
24



TEST VISOMOTOR DE INDICADORES DE BENDER.



INDICADORES DE BENDER.



6.- DISCUSION

Se efectuará el análisis de los datos obtenidos con la Escala Wechsler para niños, tomando tanto los puntajes brutos por considerarse que muestran más puramente el desempeño de los niños, como los datos escalares ya que estos permiten un manejo más sencillo del perfil del niño hiperquinético en esta escala.

Con respecto a los subtests donde se comparan los valores máximos y mínimos en puntajes brutos vemos que los niños hiperquinéticos obtienen en la sumatoria de las escalas verbal, ejecutiva y total, valores tanto superiores como inferiores de lo determinado para niños normales (recuérdese que el rango que se tomó como límite de coeficiente de inteligencia normal es entre 90 y 120) según las normas de Weschler).

Esto se ve con mayor claridad al observar la tabla de puntaje escalar en la que los hiperquinéticos obtienen datos por encima y por abajo de los normales lo que refleja que el síntoma se da tanto en niños muy inteligentes como en limítrofes o deficientes. Dentro del puntaje escalar se obtiene un moda de 91 en la Escala Verbal y de 111 en la Ejecutiva pudiéndose pensar que estos son los C.I. que con más frecuencia pueden presentarse en estos niños lo cual entre dentro del rango de normalidad.

Asimismo observando las tablas de valores máximos y mínimos y tomando los subtests separadamente tenemos los siguientes datos.

En información consistentemente los hiperquinéticos obtienen puntajes menores que los normales; considerando que en este subtests se ve reflejado el aprendizaje cultural que el niño recopila primordialmente en la escuela y donde se ve principalmente la funcionalidad de la memoria y largo plazo puede relacionarse con el hecho de que estos niños tienen dificultades escolares la mayoría de ellos.

Curiosamente en el subtests de comprensión consistentemente los hiperquinéticos obtienen puntajes mayores que los normales. Considerando que este subtests es el que más refleja la capacidad intelectual del sujeto se puede ver que los hiperquinéticos tienen capacidad la cual se ve interferida por un factor que afecta el aprendizaje y memorización de los datos y puede ser la capacidad de atención a la información que se le esta proporcionando y aunque esta puede ser comprendida no se fija en la memoria adecuadamente.

Se menciona el factor atención porque en el subtests de dígitos en el cual es un elemento determinante para poder obtener buen puntaje los hiperquinéticos vuelven a salir por abajo de los normales. En este subtests la tabla de modas escalares nos habla de que esta en los niños normales es de 9 mientras que en los hiperquinéticos es de 6, considerándose este dato como muy importante en el estudio del desempeño intelectual de estos niños.

En este subtests de dígitos la diferencia encontrada sí es estadísticamente significativa, reflejando la dificultad de atención.

Los subtests de Aritmética y Semejanzas que miden la capacidad para manejar conceptos numéricos y pensamiento abstracto respectivamente muestran puntajes más bajos los hiperquinéticos en los datos escalares, esto es más exacto en lo referente a abstracción ya que también en el análisis de los puntajes brutos se muestra esta disminución.

En el Subtests de Vocabulario se muestra una situación interesante ya que en los puntajes brutos los niños normales alcanzan valores máximos más altos que los hiperquinéticos pero ambos obtienen iguales puntuaciones en valores mínimos. Sin embargo cuando los datos se traducen en el puntaje escalar los hiperquinéticos obtienen puntuaciones de 20 que corresponde a la más alta, esto se debe a que este puntaje se obtiene en tablas de edad lo cual nos habla que niño mas pequeño obtuvieron esos valores máximos, pero sobretodo a que estos chicos suelen presentar hiperactividad verbal; lo cual los ayuda a tener un buen manejo de conceptos verbales y amplia gama de vocables.

La moda en este subtests es de 13 lo cual nos habla de que varios niños obtienen puntajes por encima de lo que es lo esperado normalmente, este dato puede explicarse por la característica de extroversión e impulsividad de estos niños los cuales suelen ser además de inquietos muy platicadores teniendo siempre ganas de contar y comentar cosas, aunque pasan frecuentemente de uno a otro tema. Este rasgo los hace poco reflexivos por lo que se da la discrepancia reflejada en la prueba, altos puntajes en vocabulario o sea buen manejo verbal pero baja simbolización en semejanzas su capacidad intelectual no esta plenamente aprovechadas.

En relación al área ejecutiva y en las tablas de puntajes brutos tenemos que en el subtests de figuras incompletas que mide principalmente capacidad perceptual los valores más altos son obtenidos por los hiperquinéticos, sucediendo algo parecido en el de historietas y claves.

Siendo los subtests de cubos y rompecabezas donde los puntajes máximos alcanzados corresponden a los niños normales.

Una mejor comprensión nos lo da las tablas escalares donde ya han sido eliminados los puntajes extremos y donde ya estos fueron clasificados por edades y aquí se ve que a excepción de historietas con un punto menos -

en todos los subtests del área ejecutiva los niños hiperquinéticos obtuvieron los puntajes máximos, aunque esta diferencia es pequeña pues solo es de un punto. En cubos los grupos obtienen 18 como dato máximo, lo cual coincide con los hallazgos de Dyckman, Sckerman y Oglesby (1980).

La moda que se ofrece en el área ejecutiva en niños hiperquinéticos es de 8 para figuras incompletas, 7 en historietas, 12 en cubos y 9 en claves, lo que nos habla de discrepancia y en el desenvolvimiento visoperceptual y motor.

Con respecto a los datos obtenidos en la Media vemos que tanto los puntajes brutos como escalares de ambos grupos son muy similares en coeficiente intelectual lo cual nos habla de que lo esperado entre los niños hiperquinéticos es el de inteligencia media o normal, aunque es probable que de no presentar los problemas que tienen su rendimiento esta aumentaría, siendo los medios 105, 104 y 105 en las Escalas Verbal, Ejecutiva y Total, resultados similares a los de Halperin (1984) a excepción de la Verbal, cuyos medios son 97.4, siendo la de Ejecutiva 103.9 y 100.4 en la Escala Total.

En el análisis de las medias se ve coincidencia entre lo obtenido en los puntajes brutos como escalares y en ellos podemos mencionar que los puntajes de los niños hiperquinéticos reflejan mayor capacidad de comprensión y vocabulario o sea manejo de conceptos verbales que los niños normales y aunque la diferencia y en el escalar es de un punto es importante señalar que se esperaría con esto un desempeño escolar superior mismo que no sucede y que se refleja en los subtests de información, aritmética en los que se hallan diferencias de 2 puntos en detrimento del grupo hiperquinético.

En el Subtests de semejanzas en el cual se mide capacidad de abstracción también los hiperquinéticos se muestran por abajo que los normales, lo que nos habla de dificultades para simbolizar.

El subtest que se toma como medida de capacidad de memoria inmediata altamente influida por el nivel de atención del sujeto y que en el presente trabajo adquiere primordial importancia se ve disminuido en los niños hiperquinéticos lo cual nos habla de su principal dificultad en esta área y que posiblemente es el impedimento que esta bloqueando su aprovechamiento escalar.

En el área ejecutiva en relación a los puntajes medios brutos los niños hiperquinéticos muestran una baja sin embargo al estudiar las tablas escalares ya en estos vemos que esa disminución solo se conserva en historias que mide manejo de relaciones sociales, anticipación y planeamiento de los mismos, y claves que refleja la capacidad de aprendizaje.

Los otros subtests que miden capacidades visomotoras y perceptuales en esta prueba no muestran diferencias sus medias.

Coincidiendo con el estudio de Gerald Augusta (1982) se vió que el C.I. ejecutivo de los niños es más bajo que el verbal, aunque esto se vió también en los niños normales con la salvedad que en éste último grupo fué de menos de un punto y en los hiperquinéticos fué de más de un punto (ambos en el puntaje escalar).

Coincidiendo con Macias G. y col. (1986) estos niños presentaron indicadores de daño en el análisis que se efectúa con los datos obtenidos en el Test Visomotor de Bender en el cual a través de la frecuencia de datos indicativos de inmadurez perceptual y visomotora, se pudo observar lo siguiente: que a excepción del indicador desproporción de la figura A, y de línea en la figura 5 en el resto de los datos se muestra mayor número de indicadores en el grupo de hiperquinéticos, de estas diferencias solamente no son significativas la de fila agregada y perseveración en la figura 2. lo que muestra los posibles problemas de organicidad que pueden tener estos niños y que le dificultan los procesos de atención, memorización y en general de aprendizaje.

En relación a los indicadores emocionales, se encontró diferencia mayor la frecuencia en el grupo hiperquinético en línea ondulada, tamaño grande y pequeño, trabajo excesivo, segundo intento pudiéndose interpretar los tres primeros como dificultades en el concepto que el niño tiene de sí mismo y los dos últimos como indicadores de impulsividad y tendencia al acting out.

Se considera que estos datos en su conjunto son una aportación a la delimitación del perfil cognocitivo y perceptual del niño hiperquinético y que pueden ser el inicio de estudios más kprofundos sobre rendimiento intelectual ya que a la fecha la leteratura hallada es excesivamente escasa.

7.- CONCLUSIONES

- 1 En este estudio vuelve a darse el dato ya repetitivo en la literatura de - que el número de niños que presentan hiperquinesia es mayor que el de niñas ya que en él de 30 casos 28 fueron varones.
- 2 Esta problemática se da tanto en niños por encima de lo normal como limitrofe, siendo el C.I. normal el más común, con una media de 105.4.
- 3 Dadas las diferencias encontradas en el desempeño de ambas pruebas se - pueden hallar causas en el ámbito cognocitivo que explican el porque muchos de estos niños tienen problemas de aprendizaje y con lo cual se comprueba la hipótesis de que si existen diferencias en los puntajes obtenidos tanto en la Escala Wechsler para niños como en el Test Visomotor de Bender.
- 4 Como la muestra es pequeña se considera que no es posible hacer generalizaciones sin embargo se considera que este estudio es una aportación - que puede en el futuro ampliarse con muestras mayores.

- 5 Se considera que con este estudio se contribuye a la definición de un perfil psicológico de estos niños especialmente en el área cognitiva y perceptual lo cual puede ayudar a tener un diagnóstico más fino y acertado especialmente al instituir el tratamiento. Este perfil es el siguiente:

Se propone como el perfil que el niño hiperquinético muestra en los puntajes escalares del Wisc el siguiente:

Escala Verbal más alta que la Ejecutiva en aproximadamente dos puntos.

Subtests que puntúan alto (más de 10) Comprensión, Vocabulario, Semejanzas.

Subtests que puntúan bajo (menos de 10) Información, Dígitos, siendo este último subtests considerablemente bajo en relación a los otros.

En el área ejecutiva se espera bajo el subtests de historietas.

Encontrándose que el resto de los subtests tienen una media en el puntaje de 10, promedio de 10.

El rendimiento general de los hiperquinéticos estuvo por abajo de la muestra de niños normales esto puede decirse porque si se encontraron diferencias en los puntajes obtenidos en ambas pruebas; especialmente en el subtest de dígitos donde dan diferencia estadísticamente significativa.

Se considera que el coeficiente intelectual de los niños hiperquinéticos es similar al de los niños normales sin embargo y tomando como punto de análisis los subtest de comprensión y vocabulario se considera que podría rendir por encima de lo que sus pruebas muestran que están rindiendo.

En relación al desempeño del Bender los datos arrojan que los hiperquinéticos presentan indicadores de organicidad considerablemente.

8 SUGERENCIAS:

Se considera importante continuar el estudio de esta problemática ya que hay un gran número de niños que manifiestan sus conflictos a través de la hiperquinesia.

Se necesita profundizar más en las razones que producen sintomatología hiperquinética ya que puede deberse a problemas tanto neurológicos como en otros casos es producto de problemática emocional y reflejo de una disfunción familiar, lo cual hace imperioso, el conocer la etiología pues los tratamientos en cada caso son diferentes.

Es importante dar a conocer el cuadro conocido como trastorno de la atención con y sin hiperquinesia diferenciando claramente de la hiperquinesia como síntoma y producto de otra problemática y emplear con claridad los términos cuando se trata de elaborar un diagnóstico.

Es necesario enfatizar el papel que el psicólogo tiene en el estudio de la hiperquinesia ya que esta problemática está aún ciernes pero además porque es sumamente importante descartar y tratar los problemas emocionales de estos niños.

Se sugiere que el estudio de estos niños se continúe con el modelo interdisciplinario ya que es complejo, multivariante y aún faltan definiciones más claras tanto para el diagnóstico como para el tratamiento el cual de preferencia debe hacerse abarcando tanto los aspectos neurológicos, pedagógicos como los psicológicos y familiares.

El manejo familiar es indispensable con estos niños, de hecho se recomienda que no se haga un diagnóstico sin haber tenido al menos una evaluación familiar del ambiente en el que el niño vive y que en la mayoría de los casos tiene un efecto determinante tanto en la presentación como en la desaparición del síntoma.

Debe tomarse en cuenta el nivel de tolerancia de los adultos que señalan a un niño como hiperquinético ya que puede darse el caso de que éste sea totalmente normal pero que no llena las expectativas de sus padres o maestros en relación a la conducta.

Un campo que debe abordarse es el del estudio de los factores que determinan el proceso de atención ya que existen pocas pruebas que lo midan directamente y hay escasez de literatura al respecto.

Se sugiere repetir estudios como el presente para poder comprobar y generalizar los resultados, proporcionando con ello mejor comprensión de las dificultades que enfrentan estos niños.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman Peggy T. Ma. Dykman Rosceo E. y Peters John, M. D., "Teenage Status of Hyperactive and Nonhyperactive Learning Disabled Boys", American Journal Orthopsychiatria. Vol. 47 (4), October 1977, pp. 577 - 596.
- 2.- Ackerman Beggy T. Ma., Dykman Roscoe Ph D., Oglesby Michael Bs, "Sex and Group Differences in Reading and Attention Disordered Children With and Without Hyperkinesis", Journal of Learning Disabilities, Vol. 16 N° 7, Ags. - Sept. 1983, pp. 407 - 415.
- 3.- Ajuriaguerra J., "Manual de Psiquiatría Infantil", Ed. Toray - Masson, S.A., 3mo. Ed. 1976, Barcelona, España.
- 4.- Anastasi Anne, "Test Psicológicos", Ed. Aguilar, 3em. Edición 1974, Madrid, España.
- 5.- Arnold Gugene y Col., "Diferential Effect of Amphetamine Optical - Isomers on Bender Gestalt Performance of the Minimally Brain - Dysfunctional", Journal of Learning Disabilities, Vol. 11 (N°3) 1978, pp. 14 - 19
- 6.- August Gerald, Stewart Mark A., "Is There a Syndrome of Pure - Hyperactivity ?". British Journal Psychiatry, Vol. 142, 1982 pp. 305 - 311.
- 7.- Azcoaga Juan E., Derman Berta, Iglesias Angélica "Alteraciones del Aprendizaje Escolar". Ed. Paidós 1982. Buenos Aires, Argentina.
- 8.- Battle Esthers, Lacy Beth. "A Context for Hyperactivity in Children Overtime". Child Development, Vol. 43, 1972 pp. 757 - 773

- 9.- Beauroyre e Hajar Rene Dr. Comunicación Personal
- 10.- Bender, Laretta. "Test Gestáltico Visomotor", Ed. Paidós Buenos Aires Argentina., 1ª Ed. 1955, 9ª reimpresión 1979.
- 11.- Briggs, C. H. Weinberg R. A., "Effects of Reinforcement in Training Childrens Conceptual Tempos". Journal of Educational Psychology - Vol. 65, 1973 pp. 383 - 394.
- 12.- Brown Ronald T., PhD., "Impulsivity and Psychoeducational Intervention in Hyperactive Children". Journal of Learning Disabilities, Vol. 13 Nº 5 1980 pp. 19 - 24
- 13.- Brown R. T. Sleatorn Ek, "Methylphenidate in Hyperkinetic Children" Diferences in Dose Effects on Impulsive Behavior", Pediatrics Vol. 64 (2), 1977 pp, 457 - 461
- 14.- Brumback Roger A., and Weinberg Warren A. "Relationship of Hyperactivity and Depression In Children", Perceptual and Motor Skills, Vol. 1977, pp. 247 -251.
- 15.- Campell Donald, Jtanley Julian. "Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social". Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- 16.- Campbell Federico. "El Plomo Causa en los Niños Retraso Mental y Problemas de Aprendizaje". Entrevista con el Dr. Alejandro Oscós Alvarado I.P.N. Proceso Nº 438, Marzo 1985 pp. 58 -59.
- 17.- Connors C. Keith, "Symptom Patterns in Hyperkinetic, Neurotic and Normal Children". Child Development, Vol. 41, 1970 pp. 667 - 682.

- 18.- Coppersmith Evan, "From Hyperactive to Normal But Naughty: A Multisystem Partnership in Delabeling," *International Journal of Family Psychiatry*, 1982, Vol. 3 (2) pp. 131 - 144.
- 19.- Covo Milena E. "Conceptos comunes en la Metodología de la Investigación Sociológica", Ed. U.N.A.M. 1973 1ª Edición.
- 20.- Craft Diane H., "Effect of Prior Exercise on Cognitive Perceptual and Motor Skills", Vol. 56 1983 pp. 979 - 982.
- 21.- Cruz H.R., Valadez M.T., "Diagnóstico Temprano de la Disfunción Cerebral Mínima", *Salud Pública Méx.*, 1986, 28: 134 - 140.
- 22.- Delamater Alan M. y col. "Toward an Empirical Subclassification of Learning Disabilities". A Psychophysiological Nonhyperactive Subgroups., " *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 9 Nº 1 1981 pp. 65 - 77.
- 23.- Douglas V. I. "Assessment of a Cognitive Training Program for Hyperactive Children". *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 4, 1976. pp. 389 - 410.
- 24.- Drake, D.M., "Perceptual Correlates of Impulsive and Reflective Behavior" *Development Psychology*, Vol. 2, 1970, pp. 202 - 214.
- 25.- DSM - III "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Ed. Masson 1ª Ed. 1980. 1ª Ed. 1983. Barcelona, España.
- 26.- Dunn Teleman M. y Howell Robert J. "Relaxation Training and its Relationship to Hyperactivity in Boys", *Journal of Clinical Psychology*, - Vol. 38 Nº 1. Enero 1982 pp. 92 - 100.

- 27.- Dykman Roscoe A., PhD. Ackerman Peggy T. Ma., y Oglesby Michael Ba. "Correlates of Problem Solving in Hiperactive, Learning Disabled and Control Boys". Journal of Learning Disabilities, Vol. 13 Nº 6, 1980, pp. 23 -32.
- 28.- Firestone Philip, PhD., Poitras-Wright, H., and Douglas Virginia - PhD. "The Effects of Caffeine on Hyperactive Children" Journal of Learning Disabilities. Vol. 11 Nº 3, 1978, pp. 133 - 141.
- 29.- Flavigny Christian, "Psychodynamies of Hyperkinesis in Chilhood", 11º Congreso Internacional de Psiquiatría, Paris Francia 1986.
- 30.- Freedman Alfred M., Kaplan Harold I., Sadock Benjamín J. "Compendio de Psiquiatría". Ed. Salvat 2em Reimpresión 1979, 1ª Ed. 1975 Barcelona, España.
- 31.- Gagner R. M. Smith E. "A Study of the Effects of Verbalization in Problema Solving" Journal of Experimental Psychology, Vol. 63, - 1962 pp. 12 - 18.
- 32.- Greenberg L.M. y Col. "Effects of Dextroamphetamine, Chlorpromazine and Hydroxyzine on Behavior and Performance in Hyperactive Children". Amer. Journal of Psychiatry, Vol. 129 (5), 1972 pp. 532-539.
- 33.- Guilford J. P. y Fruchter Benjamín "Estadística Aplicada a la Psicología y la Educación", McGraw - Hill Latinoamericana 6ª Ed. Calypso, S.A. México, 1984.
- 34.- Halperin Jeffrey M. y Col. "Reading-Disabled Hyperactive Children: - A Cistinct Subgroup of Attention Deficit Disorder With Hyperactivity ? Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 12 Nº 1, 1984. pp. 1 - 14.

- 35.- Heavilon Justine G., "A Critical Evaluation of Treatment Modalities for Hyperkinesis in Children", Dissertation Abstracts international, 1980, Nov., Vol. 4 (5-B) pp. 1915 -1916.
- 36.- Hersher Leonard, "The effectiveness of Behavior Medication on Hyperkineses", Child Psychiatric and Human Development, Vol. 16 (2), Winter 1985 pp. 87 - 96.
- 37.- Hoy Elizabeth y Col. "The Hyperactive Child at Adolescence: Cognitive, Emotional and Social Functioning". Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 6 Nº 3, 1978 pp. 311 - 324.
- 38.- Ibarra Luis Guillermo, "Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en la infancia en el sector salud del área metropolitana", Salud Pública de México, marzo 1986, pp. 161 - 171.
- 39.- Johnson Easil M., "The Use of Electromyography and Relaxation in the Reduction of Tension in Families With Identified Hyperactive - Children: Three Case Studies". Dissertation Abstracts International, 1979, May, Vol. 39,(11-B) p. 5560.
- 40.- Kaslow Florence W., "A Dialectic Approach to Family Therapy and Practice: Selectivity and Synthesis". Journal of Marital & Family Therapy, 1981, Jul. Vol. 7 (3), pp. 345 - 351.
- 41.- Kaslow Florence W., "Differential Diagnosis and Treatment of the Learning Disabled Child and His/Her Family". Journal of Pediatric Psychology, 1979, Sep. Vol. 4 (3), pp. 253 -264.
- 42.- Kendler T. "Learning Development and Thinking" E. Harms (Ed.) - Fundamentals of Psychology: The Psychology of Thinking Annals of New York Academy of Sciences, Vol. 19, 1960 pp. 52 -65.

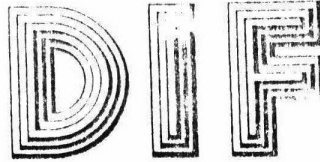
- 43.- Keogh Barbara K., "Hyperactivity and Learning Disorders: Review and Speculation". *Exceptional Children*, October 1971, pp. 101 - 109.
- 44.- Kerlinger Fred N. "Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología". Ed. Interamerica, 1975 México, D. F.
- 45.- Koppitz R. "The Bender Gestalt, Test for Young Children" Ed. Guadalupe 1974 Buenos Aires, Argentina.
- 46.- Lambert Nadine, Sandoval Jonatha, Sassone Dana, "Prevalence of Treatment Regimens for Children Considered to be Hyperkinetic". *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 49, 1979 pp. 482 - 499.
- 47.- Lambert Nadine, Sandoval Jonathan, Sassone Dana. "Prevalence of Hyperactivity in Elementary School Children as a Function of Social System Definers", *Amer. J. Orthopsychiatry*, Vol. 48 (3), Jul. 1978 pp. 446 - 463.
- 48.- Lambert Nadine M., and Sandoval Jonathan. "The Prevalence of Learning Disabilities in a Sample of Children Considered Hyperactive". *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 8, Nº 1, 1980 pp. 33 - 50.
- 49.- Lov Dabdouc Mary, "El problema de los hiperquinéticos", *Contenido*, México, D. F., junio 1986, pp. 89 - 91.
- 50.- Macias Guido y Col., "La investigación en Psiquiatría Infantil", *Memorias III Reunión de Inv. y Ens., Gto., Mex., de Psiquiatría*, México D. F., 1986.
- 51.- Minde y Col. "The Hyperactive Child in Elementary School: A 5 - Year, Controlled Followup". *Exceptional Children* Noviembre 1971, pp 215 -221.

- 52.- Montoya Miguel Angel, Saucedo J. Manuel y Col. "Niveles de Plomo en Niños con Hiperactividad y Atención Deficiente". Respuesta a la Administración de D. Penicilamina. Boletín Médico Hospital Infantil de México, Vol. 42 Nº 2 Febrero 1985, pp. 88 - 91
- 53.- Morrison Thomas. "Judgments of Educators and Child - Care Personnel About Appropriate Treatment for Mentally Retarded or Normal Overactive or Withdrawn Boys". Journal of Clinical Psychology 1976, Apr, - Vol. 32 (2) pp. 449 - 452.
- 54.- Oscar Alvarado Alejandro, (entrevista) Proceso Nº 438, marzo 1985, México D.F.
- 55.- Padua Jorge "técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales" Ed. Fondo de Cultura Económica. 2ª REimpresión 1982 México,
- 56.- Palkes H., Stewart M., Kahana B. "Porteus Maze Performance of Hyperactive Boys After Training in Self-Directed Verbal Commands". Child Development, Vol. 39, 1968, pp. 817 - 826.
- 57.- Pardiñas Felipe "Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales" Ed. Siglo XXI, 10ª Ed. 1973 México, D.F.
- 58.- Prior Margaret, "Attention Deficit Disorder With Hyperactivity a Critique", J. Child. Psychol. Psychiat., Vol. 27, Nº 3, pp. 307 - 319, 1986.
- 59.- Radford J. "Verbalization Effects in a Non-Verbal Intelligence Test" British Journal of Educational Psychology, Vol. 36, 1966 pp. 33 - 38.

- 60.- Rapoport J. L. "Menor Physical Anomalies y Plasma Dopamina B - Hidroxilasa Activity in Hyperactive Boys". Amer. J. Psychiatry Vol. 131, 1974 p. 386.
- 61.- Regas Susan "A Comparison of Functional Family Therapy and Peer Group Therapy in the Treatment of Hiperactive Adolescents". Dissertation Abstracts International, 1984, Feb. Vol. 44 (8-B) pp. 2566 - 2567.
- 62.- Renshaw Domeena C. "El niño Hiperquinético". Ed. La Prensa Médica, S. A. 2ª Reimpresión 1983 1ª Ed. 1974 México, D. F.
63. Ritterman Michele K. "Out Come Study for Family Therapy, Ritalin and Plecebo Treatments of Hyperactivity: an Open Systems approach". Dissertation Abstracts International, 1979, Jun. Vol. 39 (12-B) pp. - 6138 - 6139.
- 64.- Rodriguez Blancas Criitina Comunicación Personal
- 65.- Rothenberg Stephen J., "Resultados Preliminares del estudio piloto de plomo en la ciudad de México, III Reunión de Invr. y Ense., Gto. - Mex. de Psiquiatría México, D. F. 1986.
- 66.- Shaffer David y Greenhill Laurence "A Critical Note on the Precidtive Validity of "The Hyperkinetic Syndrome". Journal Psychology and Psy chiatry, Vol. 20, pp. 61 - 72., 1979
- 67.- Shaywitz B.A. "CPF Monoamine Metabolito in Children With Minimal Crain Dysfunction: Evidence for Alteration of Crain Dopamine J. Pediatrics 90, 1977 p. 67.

- 68.- Spiegel Murray "Estadística" Serie de compendios Schaum Libros - McGraw-Hill de México 1970 México, D. F.,
- 69.- Sprague R.L., Sleater E.K. "Methylphenidate in Hyperkinetic Children; Differences in Dose Effects en Learning and Social Behavioral". Science Vol. 198, 1976, pp. 1274 - 1276.
- 70.- Station R. Dennis y Brumback Roger A. "Non-Specificity of Motor - Hyperactivity as a Diagnostic Criterion". Perceptual and Motor Skills, Vol. 52, 1981 pp. 2323 -332.
- 71.- Stewart Mark A. "Hyperactive Children"Scientific American. Vol. - 222 (4), 1970, pp. 94 - 98.
- 72.- Stewart Mark A., Cummings Claudette Singer Sandra, "The Overlap Between Hyperactive and Unsocialized Aggresive Children". Journal Child Psychology and Psychiatry., Vol. 22, 1981 pp. 35 - 45.
- 73.- Caborga Huasear "Como Hacer una Tesis", Ed. Grijalbo, S. A. 1982 México, D. F.
- 74.- Turnure J.E. "Children's Reactions to Distractors in a Learning Si-- tuation" Development Psychology, Vol. 2 (1), 1970, pp. 115 - 122.
- 75.- Uriarte Victor "Hiperquinesia" (película) PS Fi-009 Facultad de Psico- logía U.N.A.M.
- 76.- Velasco Fernández Rafael "El Niño Hiperquinético". Ed. Trillas 1ª Ed. 1976 México, D. F.
- 77.- Weiss Gabrielle y Hechtman Lily "The Hyperactive Child Syndrome" - Sciece, Vol. 205, 28, September 1979 pp. 1348 - 1354.

- 78.- Weiss G. y Col. "Hyperactive Children - Five Years Later " Archives of General Psychiatry, Vol. 24, 1971. pp. 409 - 414.
- 79.- Wender P.H. "Some Speculations Concerning a Possible Biochemical - Basis of Minimal Cruin Dysfunction". Annals N.Y. Acad. Sci. Vol. 205. 1973, p. 18.
- 80.- Weschler David "La Medición de la Inteligencia del Adulto" Ed. Cultural, S.A. 1955 La Habana, Cuba.



Elaborada: Rosa Back
Ana Ma. Flores
Irene Martínez
Guillermina Muñoz
Ma. Luisa Medrano
Ana Rosa Parrilla

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
UNIDAD DE PSICOLOGIA

No. EXPEDIENTE _____

1.- FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA NACIMIENTO _____

SEXO _____ LUGAR NACIMIENTO _____ NIVEL _____

FECHA DE INGRESO AL C.E.N.D.I. _____

RELIGION _____

NOMBRE DEL PADRE _____ EDAD _____ ORIGEN _____

Ocupacion _____ HORARIO _____ ESCOLARIDAD _____

TABAQUISMO _____ ALCOHOLISMO _____ NIVEL SOCIOECONOMICO _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ EDAD _____ ORIGEN _____

Ocupacion _____ HORARIO _____ ESCOLARIDAD _____

TABAQUISMO _____ ALCOHOLISMO _____ NIVEL SOCIOECONOMICO _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

No. HERMANOS	NOMBRE DE LOS HERMANOS	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	Ocupacion	OTROS
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

II.- MOTIVO DE CONSULTA

* DESCRIPCION DEL PROBLEMA

.....
.....
.....
.....

* FRECUENCIA CON LA QUE APARECE EL PROBLEMA

.....
.....
.....
.....

* REACCION DE LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL PROBLEMA

.....
.....
.....
.....

* ¿ COMO SE MANEJO EL PROBLEMA ? (TRATAMIENTOS ANTERIORES, PROCEDIMIENTOS, EVOLUCION)

.....
.....
.....
.....

* PRESENTA EL MENOR OTRO PROBLEMA, DONDE, ANTE QUIEN Y REACCION DE LAS PERSONAS INVOLUCRADAS

.....
.....
.....
.....

* ANTECEDENTES PATOLOGICOS HEREDITARIOS

* IMPRESION DIAGNOSTICA

* RECIBE MEDICAMENTOS

III.- CONCEPCION Y EMBARAZO

DURANTE EL EMBARAZO LA SITUACION EMOCIONAL DE LA FAMILIA ERA ()BUENA ()REGULAR () MALA
ESPECIFIQUE: _____

ERA UN HIJO DESEADO SI () NO () DISPOSICION DE LOS PADRES DE TENER AL NIÑO _____

TENIAN PREFERENCIA POR ALGUN SEXO SI () NO () POR QUE _____

¿ CUAL FUE SU REACCION AL NO SER DEL SEXO DESEADO , _____

¿ COMO FUE SU SALUD DURANTE EL EMBARAZO ? () BUENA () REGULAR () MALA

DURACION DEL EMBARAZO _____ FANTASIAS

No. DE EMBARAZOS _____

ANTICONCEPTIVOS SI () NO ()

- INTENTO DE ABORTO O AMENAZAS DE ABORTO
- ATENCION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO SI () NO ()
- ENFERMEDADES O ACCIDENTES DURANTE EL EMBARAZO

IV.- NACIMIENTO:

RECIBIO ATENCION MEDICA SI () NO () DONDE _____

COMO _____

FUE NATURAL () FORCEPS () HOSPITAL () CASA ()

INDUCIDO () ANESTESIA () OTROS () CESAREA ()

CUANTO DURO EL TRABAJO DE PARTO _____ TOTAL () PARCIAL () APNEA () CIANOSIS ()
ICTERICIA () HEMORRAGIAS ()

DESCRIBA ALGUNAS MEMORIAS DEL PARTO _____

TUVO COMPLICACIONES SI () NO () CUALES ? _____

LA MADRE () EL NIÑO () ¿ CUANTO PESO AL NACER _____

NACIO NORMAL () INCUBADORA () RESPIRO PRONTO () CALIFICACION APGAR () NACIO MCRADO ()

QUE COMPLICACIONES PRESENTO EL NIÑO _____

¿ CUAL FUE LA PRIMERA REACCION DE LA MADRE ANTE EL NIÑO ? _____

¿ CUAL FUE LA REACCION DEL PADRE DURANTE EL PARTO ? _____

¿ CUAL FUE LA PRIMERA REACCION DEL PADRE ANTE EL NIÑO ? _____

¿ PRESENTO EL MENOR FIEBRES ALTAS ? SI () NO ()

CONVULSIONES () PERDIDA DE CONOCIMIENTO () CAIDAS () ACCIDENTES ()

V.- ALIMENTACION

SE LE ALIMENTA CON PECHO () BIBERON () MIXTO ()

¿ POR QUE ? _____

¿ A QUE EDAD FUE EL DESTETE ? _____ REACCION A ESTO _____

¿ POR QUE ? _____

¿ CUANDO Y COMO SE LE EMPEZARON A DAR LOS PRIMEROS ALIMENTOS ? _____

TUVO COLICOS () ALERGIAS () VOMITOS () OTRAS COMPLICACIONES _____

¿ CUANDO DEJO TOTALMENTE EL BIBERON ? _____ TIPO DE ALIMENTACION GENERAL _____

¿ COMO HA SIDO Y ES EL APETITO DEL NIÑO ? BUENO () REGULAR () MALO ()

¿ USO CHUPON ? SI () NO ()

VI.- SUEÑO

¿ CUANTO TIEMPO DUERME EL NIÑO ACTUALMENTE ? _____ ¿ A QUE EDAD DURMIO POR PRIMERA

VEZ SIN INTERRUPCION DURANTE TODA LA NOCHE ? _____

INQUIETUD () TERRORES NOCTURNOS () SONAMBULISMO () HABLA DURANTE EL SUEÑO ()

ENCOPRESIS () MIEDO A DORMIR SOLO () ENURESIS ()

¿ PRESENTA RESISTENCIA PARA IRSE A DORMIR ? SI () NO ()

¿ CON QUIEN HA DORMIDO EL MENOR ? _____ ¿ POR QUE ? _____

¿ PRESENTA MIEDO A DORMIR SOLO ? _____

VII.- ENTRENAMIENTO DE ESPINIERES

¿ CUANDO EMPEZO A EDUCARLO PARA ORINAR EN EL BAÑO ? _____

¿ CUANDO PARA OBRARSE ? _____

¿ CUANDO ESTUVO COMPLETAMENTE EDUCADO PARA AMBAS COSAS ?

VESICAL
ANAL

DIA
DIA

NOCHE
NOCHE

¿ QUE METODOS UTILIZO PARA AMBAS COSAS ? _____

¿ FUE DIFICIL LOGRARLO ? SI () NO () ¿ CUAL FUE LA REACCION DEL NIÑO ANTE ESTA EDUCACION ? _____

¿ VOLVIO EN OCASIONES A ENSUCIARSE UNA VEZ QUE YA HABIA APRENDIDO ¿ SI () NO ()

¿ CON QUE FRECUENCIA ? _____

¿ POR QUE ? _____

VIII- LENGUAJE HABLADO

¿ CUANDO Y COMO EMPEZE A TRATAR DE COMUNICARSE ? _____

¿ A QUE EDAD DIJO SUS PRIMERAS PALABRAS ? _____

¿ CUALES FUERON ESTAS ? _____

¿ A QUE EDAD DIJO SUS PRIMERAS FRASES Y ORACIONES ? _____

¿ CUALES FUERON ESTAS ? _____

¿ PRESENTO ALGUN PROBLEMA DE LENGUAJE ? SI () NO () TARTAMUDEZ () DIFICULTAD DE PRONUNCIACION ()
EDAD EN QUE LO PRESENTO _____

ESPECIFIQUE _____

¿ CUANDO APARECIO EL " NO " ? _____

IX.- DESARROLLO MOTOR

¿ A QUE EDAD SOSTUVO LA CABEZA ? _____ ¿ A QUE EDAD SE VOLTEO SOLO ? _____

¿ A QUE EDAD SE SENTO CON AYUDA? _____ ¿ A QUE EDAD SE SENTO SIN AYUDA? _____

¿ A QUE EDAD GATEO ? _____ ¿ A QUE EDAD LOGRO PONERSE EN PIE ? _____

¿ A QUE EDAD CAMINO CON AYUDA? _____ ¿ A QUE EDAD CAMINO SIN AYUDA? _____

¿ SE CHUPABA EL DEDO ? SI () NO () ¿ HASTA QUE EDAD ? _____

¿ COMO SON Y HAN SIDO A TRAVES DE SU DESARROLLO SUS MOVIMIENTOS EN GENERAL ?

TORPE () LENTO () RAPIDO () ETC.

¿ CUALES SON SUS ACTIVIDADES FISICAS PREFERIDAS ? _____

¿ A QUE EDAD APRENDIO A : PATINAR () ANDAR TRICICLO () BICICLETA ()

¿ PRESENTA O HA PRESENTADO EL MENOR ALGUN TIPO DE TIC ? SI () NO ()

¿ DESDE CUANDO ? _____

LATERALIDAD _____

X.- DESARROLLO SEXUAL

¿ A QUE EDAD SE DIO CUENTA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SEXOS ? _____

¿ COMO Y QUE PREGUNTO ? _____

¿ COMO Y CUANDO EXPRESO CURIOSIDAD ACERCA DEL ORIGEN DE LOS BEBES ? _____

¿ COMO REACCIONARON LOS PADRES Y LA FAMILIA ANTE ESTA CURIOSIDAD ? _____

¿ PREGUNTAS ACERCA DEL SEXO ? _____

¿ SE HA MASTURBADO ? SI () NO () ¿ A QUE EDAD ? _____

¿ COMO FUE MANEJADA ESTA SITUACION ? _____

¿ A QUE MIEMBRO DE LA FAMILIA IMITABA EL MENOR ? _____

¿ COMO Y EN QUE ? _____

¿ CUALES SON LAS ACTITUDES DEL NIÑO HACIA SU SEXO Y DESARROLLO ? _____

¿ INFORMACION SEXUAL ? _____

XI.- HISTORIA ESCOLAR

ADAPTACION

¿ ESTUVO EN GUARDERIA ? SI () NO () ¿ A QUE EDAD ? _____ ¿ CUANTO TIEMPO ? _____

¿ CUANTO TIEMPO LO DEJABAN ? _____ ¿ CUAL HA SIDO SU REACCION CUANDO SUS HERMANOS

MAYORES IBAN A LA ESCUELA ? _____

¿ COMO HA SIDO SU LOGRO ESCOLAR EN LOS DIFERENTES GRADOS ? _____

¿ PROBLEMAS ESCOLARES ? SI () NO ()

¿ COMO REACCIONAN LOS PADRES ANTE ESTOS EXITOS O FRACASOS ? _____

¿ CUAL ES SU REACCION CON SUS TAREAS ? _____

¿ COMO SE LLEVA CON SUS MAESTROS ? _____

¿ CAMBIOS DE ESCUELA ? SI () NO () MOTIVO Y REACCION: _____

¿ COMO SE LLEVA CON SUS COMPAÑEROS ? _____

¿ ACTIVIDADES ESCOLARES PREFERIDAS Y RECHAZADAS ? _____

¿ ACTIVIDADES ESCOLARES EN LAS QUE TIENE FACILIDAD ? _____

¿ ACTIVIDADES ESCOLARES EN LAS QUE TIENE DIFICULTAD ? _____

XII.- RELACION (DARLE UN ENFOQUE EVOLUTIVO)

¿ QUIEN SE RELACIONA CON EL MENOR EN FORMA MAS CERCANA ? _____

¿ COMO SE RELACIONA EL MENOR CON ?

PADRE _____ MADRE _____

HERMANOS _____ ABUELOS _____

SIRVIENTES _____ NANA _____

¿ HA TENIDO NANA ? SI () NO () ¿ HA TENIDO O TIENE UN MEJOR AMIGO ? SI () NO ()

¿ TIENE AMIGOS ? SI () NO () ¿ DONDE ? _____

¿ CUANTOS ? _____ ¿ DE QUE EDADES ? _____ ¿ COMO SE LLEVA CON ELLOS ? _____

_____ ¿ PARTICIPA EN ALGUN TIPO DE ACTIVIDADES ESCOLARES ? _____

¿ PARTICIPA EN ALGUN TIPO DE ACTIVIDADES SOCIALES ? SI () NO ()

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE RELACION ? SI () NO ()

¿ CUANDO ? _____

¿ COMO ? _____

¿ CON QUIEN ? _____

XIII.- HISTORIA DE LA SALUD

¿ QUE ENFERMEDADES HA PADECIDO ¿ ¿ A QUE EDADES ? _____

¿ QUE TRATAMIENTO SE LE DIO ? _____

¿ QUE ACCIDENTES Y CAIDAS HA TENIDO ? _____

¿ QUE EFECTOS TUVO EN EL NIÑO Y LA FAMILIA ? _____

¿ SE LE HA HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ ? SI () NO () ¿ DONDE ? _____

¿ CUANDO ? _____ ¿ TIEMPO ? _____

¿ POR QUE ? _____

¿ QUE SE LE DIJO AL MENOR ACERCA DE LA HOSPITALIZACION ? _____

¿ CUAL FUE LA REACCION QUE TUVO A LA HOSPITALIZACION ? _____

¿ HA SUFRIDO ALGUNA OPERACION ? SI () NO () ¿ CUAL ? _____

¿ POR QUE ? _____

¿ HA TENIDO ALGUN TRATAMIENTO DENTAL ? _____

¿ TIENE PROBLEMAS AUDITIVOS, VISUALES, ETC. ? _____

() PROBLEMAS VISUALES () AUDITIVOS () MOTORES () LENGUAJE

XIV.- DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

¿ LE GUSTABA ABRAZAR AL MENOR ? SI () NO () ¿ COMO RESPONDIÓ CUANDO LO ABRAZABA ? _____

¿ LE GUSTABA QUE LO AERAZARAN ? SI () NO () ¿ A QUE EDAD MOSTRO CONDUCTA DE TERROR ANTE EXTRAÑOS ? _____ ¿ QUE TAN FUERTEMENTE EXPRESABA SUS SENTIMIENTOS CUANDO ERA PEQUEÑO ? _____

¿ EN LA ACTUALIDAD COMO LOS PRESENTA ? _____

¿ SE APEGA A CIERTOS OBJETOS QUE NO QUIERE DEJAR ? SI () NO () ¿ CUALES ? _____

¿ QUE TAN FUERTEMENTE PRESENTA BERRINCHES ? _____

¿ CON QUE FRECUENCIA ? _____ ¿ COMO REACCIONA CUANDO NO LE DA DE INMEDIATO LO QUE PIDE ? _____ ¿ SE GOLPEA LA CABEZA ? SI () NO ()

¿ COMO PODRIA DESCRIBIR LA PERSONALIDAD DEL NIÑO ?

SOCIABLE () TIMIDO () BERRINCHES () MAL HUMORADO () AFECTUOSO () ETC.

¿ TIENE CAMBIOS BRUSCOS EN SU CONDUCTA ? SI () NO () ¿ CUALES ? _____

¿ COMO SE AUTOAPRECIA EL NIÑO ? _____

TICS () CHUPARSE EL DEDO () CHUPON () MALTRATO A LOS ANIMALES ()

XV.- PATRONES DE JUEGO

¿ QUE PREFERENCIAS DE JUEGO HA TENIDO EN LAS DIFERENTES EDADES ? _____

¿ A QUE JUEGA EN LA ACTUALIDAD ? _____

¿ LE GUSTAN LOS ANIMALES ? SI () NO () ¿ TIENA ALGUNA MASCOTA ? SI () NO () ¿ COMO SE LLAMA ? _____

¿ COMO TRATA A LOS ANIMALES ? _____ ¿ COMO TRATA A LOS ANIMALES ? _____

¿ QUE JUGETES PREFIERE ? _____

¿ COMO TRATA A SUS JUGETES ? _____ ¿ LOS PRESTA ? SI () NO ()

¿ A QUIEN (ES) ? _____

¿ PREFIERE JUGAR SOLO ? SI () NO () ¿ PREFIERE JUGAR ACOMPAÑADO ? SI () NO ()

XVI.- DISCIPLINA

¿ QUIEN ADMINISTRA LA DISCIPLINA ? _____

¿ COMO REACCIONA EL NIÑO A ELLA ? _____

¿ QUE METODOS Y ACTITUDES TOMAN LOS PADRES EN LA APLICACION DE LA DISCIPLINA ?

CASTIGO FISICO () RACIONAL () PRIVACION ()

¿ TIENE LOS PADRES SIEMPRE EL MISMO METODO ? _____

¿ SON LAS NORMAS DISCIPLINARIAS IGUALES PARA TODOS ? SI () NO () ESPECIFIQUE : _____

XVII.- EVENTOS FAMILIARES SIGNIFICATIVOS

¿ QUE COSAS IMPORTANTES CONSIDERA QUE HAN AFECTADO A LA VIDA DEL NIÑO ?

MUERTES () DIVORCIOS () SEPARACIONES () AUSENCIA TEMPORAL PADRES/NIÑO ()

CAMBIO DE DOMICILIO () LLEGADA HERMANOS () PREFERENCIA DE PERSONAS AJENAS A LA FAMILIA VIVIENDO EN EL HO

ENFERMEDADES GRAVES DE ALGUN FAMILIAR () CAR ()

¿ LAS SEPARACIONES TENTATIVAS HA DEJADO EL NIÑO ? _____

¿ ESTAN O HAN ESTADO SEPARADOS LOS PADRES ? SI () NO () ¿ DESDE CUANDO ? _____

¿ POR QUE ? _____

¿ COMO HA REACCIONADO EL NIÑO A ESTO ? _____

¿ COMO SE LE HA INFORMADO ACERCA DE LAS SEPARACIONES DE LOS PADRES ? _____

¿ HA HABIDO CAMBIOS DE CASA, CIUDAD, PAIS ? _____

¿ HA HABIDO ENFERMEDADES GRAVES O MUERTOS EN LA FAMILIA ? SI () NO () ¿ QUIEN ? _____
¿ CUANDO ? _____

¿ QUE EFECTO TUVIERON SOBRE EL MENOR ? _____

DINAMICA FAMILIAR

DESCRIPCION DEL PADRE _____

DESCRIPCION DE LA MADRE _____

DESCRIPCION DE LA RELACION (HISTORIA DESDE QUE SE CONOCIERON) _____

RELACION ACTUAL ENTRE LOS PADRES _____

RELACION CON LOS HIJOS _____

AREAS ACUERDO _____

AREAS DESACUERDO _____

¿ QUE MIEMBRO DE LA FAMILIA, PASA MAS TIEMPO CON EL PACIENTE Y QUE TIPO DE ACTIVIDADES REALIZA ? _____

¿ QUIENES VIVEN EN LA CASA CON EL MENOR ?

NOMBRE	PARENTESCO O RELACION	EDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DESCRIPCION DE UN DIA NORMAL DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES DIARIAS

DESCRIPCION FISICA

ACTITUD FRENTE A LA SITUACION DE LA ENTREVISTA

PADRE

MADRE

MENOR

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42	43	44	45
46	47	48	49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60	61	62	63
64	65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80	81
82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99
100	101	102	103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114	115	116	117



WISC RECORD FORM

NAME _____ AGE _____ SEX _____

ADDRESS _____

PARENT'S NAME _____

SCHOOL _____ GRADE _____

REFERRED BY _____

	Year	Month	Day		Scaled Score	IQ
Date Tested	_____	_____	_____	Verbal Scale	_____*	_____
Date of Birth	_____	_____	_____	Performance Scale	_____*	_____
Age	_____	_____	_____	Full Scale	_____	_____

*Prorated if necessary

	Raw Score	Scaled Score
VERBAL TESTS		
Information	_____	_____
Comprehension	_____	_____
Arithmetic	_____	_____
Similarities	_____	_____
Vocabulary	_____	_____
(Digit Span)	_____	_____
Sum of Verbal Tests	_____	_____
PERFORMANCE TESTS		
Picture Completion	_____	_____
Picture Arrangement	_____	_____
Block Design	_____	_____
Object Assembly	_____	_____
Coding	_____	_____
(Mazes)	_____	_____
Sum of Performance Tests	_____	_____

NOTES

Examiner

Copyright 1949 by The Psychological Corporation.

All rights reserved. No part of this record form may be reproduced in any form of printing or by any other means, electronic or mechanical, including, but not limited to, photocopying, audiovisual recording and transmission, and portrayal or duplication in any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher. See Catalog for further information.

1. INFORMATION	Score 1 or 0		Score 1 or 0		Score 1 or 0
1. Ears		11. Season—Year		21. Pounds—Ton	
2. Finger		12. Color—Rubies		22. Capital—Greece	
3. Legs		13. Sun—Set		23. Turpentine	
4. Animal—Milk		14. Stomach		24. New York—Chicago	
5. Water—Boil		15. Oil—Float		25. Labor Day	
6. Store—Sugar		16. Romeo—Juliet		26. South Pole	
7. Pennies		17. Fourth—July		27. Barometer	
8. Days—Week		18. C.O.D.		28. Hieroglyphic	
9. Discoverer—America		19. American—Man		29. Genghis Khan	
10. Things—Dozen		20. Chile		30. Lien	

2. COMPREHENSION	Score 2, 1 or 0
1. Cut—Finger	
2. Lose—Balls (Dolls)	
3. Loaf—Bread	
4. Fight	
5. Train—Track	
6. House—Brick	
7. Criminals	
8. Women—Children	
9. Bills—Check	
10. Charity—Beggar	
11. Government—Examinations	
12. Cotton—Fiber	
13. Senators	
14. Promise—Kept	

3. ARITHMETIC			
Problem	Response	Time	Score 1 or 0
1. 45"			
2. 45"			
3. 45"			
4. 30"			
5. 30"			
6. 30"			
7. 30"			
8. 30"			
9. 30"			
10. 30"			
11. 30"			
12. 60"			
13. 30"			
14. 60"			
15. 120"			
16. 120"			

SUPPLEMENTARY TESTS

4. SIMILARITIES		Score 1 or 0
1. Lemons—Sugar		
2. Walk—Throw		
3. Boys—Girls		
4. Knife—Glass		
5. Plum—Peach		Score 2, 1 or 0
6. Cat—Mouse		
7. Beer—Wine		
8. Piano—Violin		
9. Paper—Coal		
10. Pound—Yard		
11. Scissors—Copper Pan		
12. Mountain—Lake		
13. Salt—Water		
14. Liberty—Justice		
15. First—Last		
16. 49—121		

DIGIT SPAN			
Digits Forward	Score (Circle)	Digits Backward	Score (Circle)
3-8-6	3	2-5	2
6-1-2	3	6-3	2
3-4-1-7	4	5-7-4	3
6-1-5-8	4	2-5-9	3
8-4-2-3-9	5	7-2-9-6	4
5-2-1-8-6	5	8-4-9-3	4
3-8-9-1-7-4	6	4-1-3-5-7	5
7-9-6-4-8-3	6	9-7-8-5-2	5
5-1-7-4-2-3-8	7	1-6-5-2-9-8	6
9-8-5-2-1-6-3	7	3-6-7-1-9-4	6
1-6-4-5-9-7-6-3	8	8-5-9-2-3-4-2	7
2-9-7-6-3-1-5-4	8	4-5-7-9-2-8-1	7
5-3-8-7-1-2-4-6-9	9	6-9-1-6-3-2-5-8	8
4-2-6-9-1-7-8-3-5	9	3-1-7-9-5-4-8-2	8

F + B =
Highest numbers circled

MAZES			
Maze	Max. Errors	Errors	Score
A. 30"	2		0 1 2
B. 30"	2		0 1 2
C. 30"	2		0 1 2
1. 30"	3		0 1 2 3
2. 45"	3		0 1 2 3
3. 60"	5		0 1 2 3
4. 120"	6		0 1 2 3
5. 120"	8		0 1 2 3

Notes:

		5. VOCABULARY
	Score 2 or 0	
1. Bicycle		
2. Knife		
3. Hat		
4. Letter		
5. Umbrella		
	Score 2, 1 or 0	
6. Cushion		
7. Nail		
8. Donkey		
9. Fur		
10. Diamond		
11. Join		
12. Spade		
13. Sword		
14. Nuisance		
15. Brave		
16. Nonsense		
17. Hero		
18. Gamble		
19. Nitroglycerine		
20. Microscope		
21. Shilling		
22. Fable		
23. Belfry		
24. Espionage		
25. Stanza		
26. Seclude		
27. Spangle		
28. Hara-Kiri		
29. Recede		
30. Affliction		
31. Ballast		
32. Catacomb		
33. Imminent		
34. Mantis		
35. Vesper		
36. Aseptic		
37. Chattel		
38. Dilatory		
39. Flout		
40. Traduce		

6. PICTURE COMPLETION		Score 1 or 0
1. Comb		
2. Table		
3. Fox		
4. Girl		
5. Cat		
6. Door		
7. Hand		
8. Card		
9. Scissors		
10. Coat		
11. Fish		
12. Screw		
13. Fly		
14. Rooster		
15. Profile		
16. Thermometer		
17. Hat		
18. Umbrella		
19. Cow		
20. House		

7. PICTURE ARRANGEMENT							
Arrangement	Time	Order	Score				
A. Dog	75"	1 2	0	1 ABC	2 ABC		
B. Mother	75"		0	1 OYT	2 TOY		
C. Train	60"		0	1 IRON	2 IRON		
D. Scale	45"		0	2 ABC			
(Fight)							
1. Fire	45"		0	4	11-15 5	6-10 6	1-5 7
FIRE							
2. Burglar	45"		0	4	11-15 5	6-10 6	1-5 7
THUG							
3. Farmer	45"		0	4	11-15 5	6-10 6	1-5 7
QRST OR SQRT							
4. Picnic	45"		0	4	11-15 5	6-10 6	1-5 7
EFGH OR EFHG							
5. Sleeper	60"		0	4	16-20 5	11-15 6	1-10 7
PERCY							
6. Gardener	75"		0	4	21-30 5	16-20 6	1-15 7
FISHER OR FSIHER							
7. Rain	75"		0 2	4	21-30 5	16-20 6	1-15 7
MSTEAR ASTEMR							
MASTER							

8. BLOCK DESIGN			
Design	Time	Pass-Fail	Score
A. 45"	1 2		2 0 1
B. 45"	1 2		2 0 1
C. 45"	1 2		2 0 1
1. 75"			0 21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7
2. 75"			0 21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7
3. 75"			0 26-75 21-25 16-20 1-15 4 5 6 7
4. 75"			0 21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7
5. 150"			0 66-150 46-65 36-45 1-35 4 5 6 7
6. 150"			0 81-150 66-80 56-65 1-55 4 5 6 7
7. 150"			0 91-150 66-90 56-65 1-55 4 5 6 7

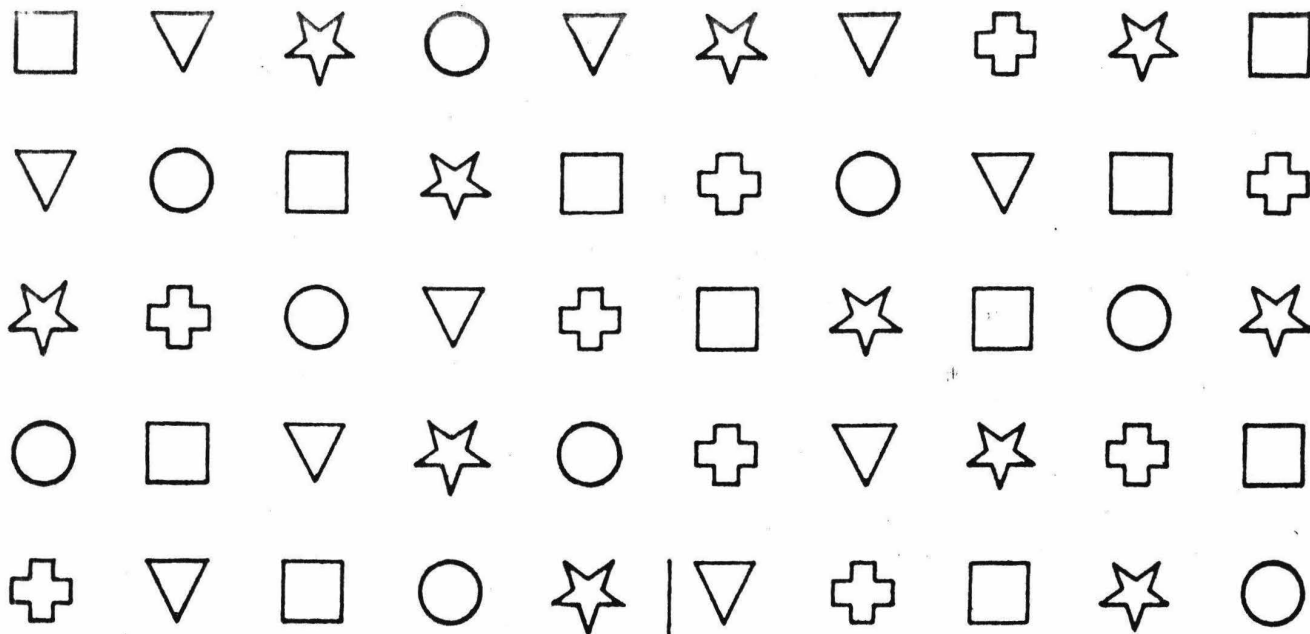
9. OBJECT ASSEMBLY											
Object	Time	Score									
M ^a nikin 120"		0	1	2	3	21-120 4	16-20 5	11-15 6	1-10 7		
H ^o rse 180"		0	1	2	3	4	5	31-180 6	21-30 7	16-20 8	1-15 9
F ^a ce 180"		0	1	2	3	4	5	71-180 6	46-70 7	36-45 8	1-35 9
A ^u to 180"		0	1	2	3	4	5	46-180 6	31-45 7	26-30 8	1-25 9

Notes:

SCORE

NO. RIGHT

TIME (120")



SAMPLE

(5-7)

CODING A



CODING B

(8-15)



SAMPLE

2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3	1	2	5	1
3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8	7	5	4	8	6	9	4	3
1	8	2	9	7	6	2	5	4	7	3	6	8	5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4
9	1	5	8	7	6	9	7	8	2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3

TIME (120") _____ SCORE (NO. RIGHT) _____

WISC TEST PROFILE

REGISTERED INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN

NAME _____ SEX _____ REPORT DATE _____
 TEST DATE _____ SCHOOL _____ GRADE _____
 BIRTHDAY _____ CITY _____ STATE _____
 AGE _____ TEACHER _____
YEAR MONTH DAY
 REASON FOR REFERRAL _____

TEST RESULT PROFILE

Circle Appropriate Scaled Score

	IQ	Percentile
Verbal		
Performance		
Full Scale		

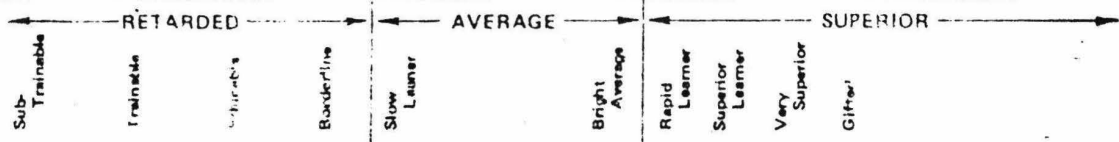
VERBAL SCALED SCORES

INFORMATION General Knowledge - Long Term Memory From Experience - Education	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
COMPREHENSION Practical Knowledge and Social Judgment - Reasoning - Logical Solutions	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
ARITHMETIC Concentration Enumerating - Arithmetic Reasoning - Sequencing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
SIMILARITIES Relationship & Abstract Thinking - Association of Abstract Ideas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
VOCABULARY Word Knowledge - Verbal Fluency - Expressive Vocabulary	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
DIGIT SPAN Attention, Concentration, Rote & Immediate Memory - Sequencing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
VERBAL I.Q.	-44	50	56	62	69	75	81	87	94	100	106	113	119	125	131	138	144	150	155+		

PERFORMANCE SCALED SCORES

PICTURE COMPLETION Visual Memory & Alertness to Details	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
PICTURE ARRANGEMENT Interpretation of Social Situation - Sequencing - Visual Alertness	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BLOCK DESIGN Reproduce Abstract Design from Pattern - Visual Perception	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
OBJECT ASSEMBLY Reproduce Familiar Forms from Memory - Visual Retention	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
CODING Speed and Accuracy of Learning Meaningless Symbols - Immediate Visual Memory - Motor Control	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
MAZES Planning & Following Visual Pattern - Motor Control	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
PERFORMANCE I.Q.	-44	51	58	65	72	79	86	93	100	107	114	121	128	135	142	149	156+				

FULL SCALE I.Q.	-46	49	56	64	71	78	85	93	100	107	115	122	129	136	144	151	154+
PERCENTILE RANK					3	8	18	33	50	67	81	92	97	99+			



BACKGROUND INFORMATION & IDENTIFYING DATA

RAW SCORES

TEST SCALE RAW SCORES

TEST AGE (Y)	Information	Comprehension	Arithmetic	Similarities	Vocabulary	Digit Span	Picture Compl.	Picture Arran.	Block Design	Object Assemb.	Coding A	Coding B	Mazes	TEST AGE (Y)
5	5	4	3	3	15	5	-	3+	-	7+	15-16	-	5	5
5½	-	5	-	-	16	-	6	4	4	8-9	17-22	-	-	5½
6	6	5	4	4	17	6	-	5-6	-	10-11	23-27	-	6-7	6
6½	7	6	-	-	18	7	7	7-9	5	12-13	28-31	13-14	8	6½
7	8	7	5	5	19-20	-	-	10-13	6	14	32-35	15-19	9-10	7
7½	-	8	-	6	21-22	-	8	14-17	7	15	36-37	20-23	11	7½
8	9	9	6	-	23-24	8	-	18-21	8	16-17	38-39	24-25	12-13	8
8½	10	-	7	7	25-26	-	9	22-23	9-10	18	40-41	26	14	8½
9	11	10	-	8	27-28	-	10	24-25	11-13	19	42-43	27-29	15	9
9½	-	11	8	-	29	9	-	26	14-15	20	44-45	30-32	-	9½
10	12	12	-	9	30-31	-	11	27	13-18	21	-	33-35	16	10
10½	13	-	9	-	32-33	-	-	28	19-20	22	-	36-38	-	10½
11	14	13	10	10	34-35	-	-	29	21-22	23	-	39-41	-	11
11½	15	14	-	11	36-37	-	12	30	23-24	-	-	42	-	11½
12	16	15	11	12	38-39	10	-	-	25-28	-	-	43-44	-	12
12½	17	-	-	-	40	-	-	31	29-30	24	-	45-46	17	12½
13	-	-	-	-	41-42	-	-	32	31-32	-	-	47-48	-	13
13½	18	16	-	13	43-44	-	13	33	33	-	-	49	-	13½
14	-	-	12	-	45	-	-	34	34	25	-	50-52	-	14
14½	19	-	-	14	46-47	11	-	-	35	-	-	53-55	-	14½
15	-	17	-	-	48	-	14	35	36-37	-	-	56	18	15
15½	20	-	-	-	49	-	-	36	38-39	-	-	57	-	15½

Approximate Test Ages for Certain Raw Scores. Interpolated, Extrapolated, and Classified for Year and Half-Year Intervals

BY G. E. FORD, JR., PH.D.

FECHA _____

FECHA DE NAC. _____

ESTADÍSTICA DE DESARROLLO

INDICADORES DE DAÑO CEREBRAL

INDICADORES EMOCIONALES

17

Figura A

- 1a. Distorsión de forma **Todas edades
- 1b. Desproporción *8 años y más
- 2. Rotación ▲ *9 años y más
- 3. Integración ■ *7 años y más

- I. Orden confuso
- II. Línea ondulada (1 y 2)
- III. Rayas por círculos
- IV. Aumento progresivo tamaño (1, 2, y 3)
- V. Tamaño grande
- VI. Tamaño pequeño
- VII. Línea fina
- VIII. Trabajo excesivo líneas reforzadas
- IX. Segundo intento
- X. Expansión
- XI. Constricción

Figura 1

- 4. Círculos por puntos (las rayas no se califican) *Todas edades
- 5. Rotación ▲ **Todas edades
- 6. Perseveración (16 o más) ■ *8 años y más

Figura 2

- 7. Rotación ▲ *9 años y más
- 8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoría **7 años y más
- 9. Perseveración (14 o más) ■ **8 años y más

Figura 3

- 10. Círculos por puntos (5 ó más) *7 años y más
- 11. Rotación ▲ *8 años y más
- 12. Forma pérdida *6 años y más
- 12b. Líneas por puntos **Todas edades

Figura 4

- 11. Rotación ▲ **Todas edades, esp. después de 7
- 12. Integración (1/8" separadas) ■/▲ **Todas edades

Figura 5

- 15. Círculos por puntos (5 ó más) *9 años y más
- 15. Rotación ▲ *Todas edades
- 17. Forma pérdida ▲ No diferencia
- 17b. Línea por puntos **Todas edades

Figura 6

- 18a. Angulos por curvas (3 ó más) ▲ *Todas edades
- 18b. Línea recta por curvas **Todas edades
- 19. Integración ■ *Todas edades
- 20. Perseveración (6 ó más) ■ **8 años y más

Figura 7

- 21a. Desproporción (Una a doble tamaño) *8 años y más
- 21b. Angulos incorrectos *Todas edades
- 22. Rotación ▲ *7 años y más
- 23. Integración ■ *7 años y más

Figura 8

- 24. Angulos incorrectos ▲ *7 años y más
- 25. Rotación ▲ **Todas edades

--- Puntaje total

Edad	Media	+/- s
5-0 a 5-5	13.6	K 3.6
5-6 a 5-11	9.8	3.7
6-0 a 6-5	8.4	1 4.1
6-6 a 6-11	6.4	3.8
7-0 a 7-5	4.8	3.6
7-6 a 7-11	4.7	2 3.3
8-0 a 8-5	3.7	3.6
8-6 a 8-11	2.5	3 3.0
9-0 a 9-5	1.7	1.8
9-6 a 9-11	1.6	1.7
10-0 a 10-5	1.6	1.7
10-6 a 10-11	1.5	4 2.1

*Significativo; más frecuente por exclusivo del gro. de daño cerebral

**Altamente significativo; ocurre exclusivamente en el grupo de da cerebral.

▲ *letra*

■ *nota calificación*

ANOS=MESES

21-4-0
20-4-0
19-4-1
18-4-(2a3)
17-4-(4a5)
16-4-(6a7)
15-4-(8a9)
14-4-(10a11)
13-5-(0a1)
1-5-(2a3)
11-5-(4a5)
10-5-(6a8)
9-5-(9a11)
3-6-(0a5)
7-6-(6a11)
6-7-(0a5)
5-7-(6-11)
4-8-(0a11)
3-8-(6a11)
2-9-(0a11)
1-10-(0a11)
0-11-(0a11)

DIF

INSTRUCTIVO PARA CAPTURA DE DATOS

SISTEMA: _____ NUMERO: _____
 PROGRAMA: _____ CODIGO: _____ PROG.CAPTURA: _____
 DOC.FUENTE: _____ CLAVE: _____ REG(S) _____ INSTRUCC. NUM.: _____

NUM. CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DE COL. A COL.	NUM. DE COLNS.	TIPO DE CAMPO	INSTRUCCIONES DE CAPTURA	OBSERVACIONES
24	SIMILI-ESC	55-56	2	N	CI, GV	
25	VOCA-ESC	57-58	2	N	CI, GV	
26	DIGI-ESC	59-60	2	N	CI, GV	
27	FIG-INCOM-ESC	61-62	2	N	CI, GV	
28	HIST-ESC	63-64	2	N	CI, GV	
29	CUBOS-ESC	65-66	2	N	CI, GV	
30	ROMPE-ESC	67-68	2	N	CI, GV	
31	CLA-ESC	69-70	2	N	CI, GV	
32	EDAD-PERCEP	71-72	2	N	CI, GV	
33	DISTORCION-A	73-73	1	N	GV	
34	DEPROP-A	74-74	1	N	GV	
35	ROTACION-A	75-75	1	N	GV	
36	INTEGRACION-A	76-76	1	N	GV	
37	CIRC-1	77-77	1	N	GV	
38	ROTACION-1	78-78	1	N	GV	
39	PERSEV-1	79-79	1	N	GV	
40	ROTACION-2	80-80	1	N	GV	
41	FILAS-2	81-81	1	N	GV	
42	PERSEV-2	82-82	1	N	GV	
43	CIRC-3	83-83	1	N	GV	
44	ROTACION-3	84-84	1	N	GV	
45	FDR-PER-3	85-85	1	N	GV	
46	LINEAS-3	86-86	1	N	GV	

TIPO DE CAMPO: A- ALFABETICO N- NUMERICO AN-ALFANUMERICO	INSTRUCCIONES DE CAPTURA: G- GRAVAR GV-GRAVAR Y VERIFICAR C- CONSTANTE	CI-CEROS A LA IZQUIERDA CB-CEROS SI ES BLANCO SC-SALTO DE CAMPO DV-DIGITO VERIFICADOR	P- PERFORAR PV-PERFORAR Y VERIFICAR D- DUPLICAR
--	--	--	---

FECHA DE ELABORACION:	ELABORADO POR:	AUTORIZO:	PAG. <u>2</u> DE <u>4</u>
-----------------------	----------------	-----------	------------------------------

DIF

INSTRUCTIVO PARA CAPTURA DE DATOS

SISTEMA: _____ NUMERO: _____
 PROGRAMA: _____ CODIGO: _____ PROG.CAPTURA: _____
 DOC.FUENTE: _____ CLAVE: _____ REG(S) _____ INSTRUCC. NUM.: _____

NUM. CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DE COL. A COL.	NUM. DE COLNS.	TIPO DE CAMPO	INSTRUCCIONES DE CAPTURA	OBSERVACIONES
47	ROTACION-4	87-87	1	N	GV	
48	INTEGRA-4	88-88	1	N	GV	
49	CIRC-5	89-89	1	N	GV	
50	ROTAC-5	90-90	1	N	GV	
51	FOR-PER-5	91-91	1	N	GV	
52	LINEAS-5	92-92	1	N	GV	
53	ANG-CUR-6	93-93	1	N	GV	
54	LIN-REC-6	94-94	1	N	GV	
55	INTEGRA-6	95-95	1	N	GV	
56	PERSEV-6	96-96	1	N	GV	
57	DESPROP-7	97-97	1	N	GV	
58	ANG-INCOM-7	98-98	1	N	GV	
59	ROTACION-7	99-99	1	N	GV	
60	INTEGRA-7	100-100	1	N	GV	
61	ANG-INCOR-8	101-101	1	N	GV	
62	ROTACION-8	102-102	1	N	GV	
63	ORD-CON	103-103	1	N	GV	
64	LIN-OND	104-104	1	N	GV	
65	RAY-PUN	105-105	1	N	GV	
66	AUM-PROG	106-106	1	N	GV	
67	TAM-GR	107-107	1	N	GV	
68	TAM-PEQ	108-108	1	N	GV	
69	LIN-FINA	109-109	1	N	GV	
70	TRA-EXC	110-110	1	N	GV	

TIPO DE CAMPO: A- ALFABETICO N- NUMERICO AN-ALFANUMERICO	INSTRUCCIONES DE CAPTURA: G- GRAVAR GV- GRAVAR Y VERIFICAR C- CONSTANTE	CI-CEROS A LA IZQUIERDA CB-CEROS SI ES BLANCO SC-SALTO DE CAMPO DV-DIGITO VERIFICADOR	P- PERFORAR PV-PERFORAR Y VERIFICAR D- DUPLICAR
--	---	--	---

FECHA DE ELABORACION:	ELABORADO POR:	AUTORIZO:	PAG. <u>3</u> DE <u>4</u>
-----------------------	----------------	-----------	------------------------------

DIF

INSTRUCTIVO PARA CAPTURA DE DATOS

SISTEMA: _____ NUMERO: _____
 PROGRAMA: _____ CODIGO: _____ PROG. CAPTURA: _____
 DOC. FUENTE: _____ CLAVE: _____ REG(S) _____ INSTRUCC. NUM.: _____

NUM. CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DE COL. A COL.	NUM. DE COLNS.	TIPO DE CAMPO	INSTRUCCIONES DE CAPTURA	OBSERVACIONES
71	SEGUNDO-INT	111-111	1	N	GV	
72	EXPAN	112-112	1	N	GV	
73	CONST	113-113	1	N	GV	

TIPO DE CAMPO: A- ALFABETICO N- NUMERICO AN-ALFANUMERICO	INSTRUCCIONES DE CAPTURA: G- GRAVAR GV- GRAVAR Y VERIFICAR C- CONSTANTE	CI- CEROS A LA IZQUIERDA CB- CEROS SI ES BLANCO SC- SALTO DE CAMPO DV- DIGITO VERIFICADOR	P- PERFORAR PV- PERFORAR Y VERIFICAR D- DUPLICAR
--	---	--	--

FECHA DE ELABORACION:	ELABORADO POR:	AUTORIZO:	PAG. <u>4</u> DE <u>4</u>
-----------------------	----------------	-----------	------------------------------

FORMA NUM. 24

SUGERENCIAS DE MANEJO DEL NIÑO HIPERQUINETICO PARA PADRES

CONTROL DISCIPLINARIO

- 1.- Ambos padres deben:
 - estar de acuerdo
 - unidos
 - firmes
 - no culparse mutuamente
 - comunicarse

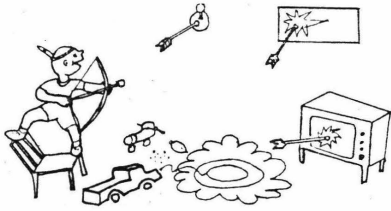
- 2.- Las reglas disciplinarias propias de su familia deben ser transmitidas.
 - claramente
 - precisas
 - definidas

- 3.- El control disciplinario debe ser CONSISTENTE

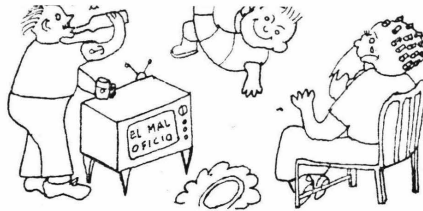
- 4.- Las órdenes deben ser dadas
 - por frases cortas
 - claras y directas
 - repetidamente hasta que sea cumplida

ACTIVIDADES

- 1.- Organizar y estructurar adecuadamente el horario y las actividades del niño.
- 2.- Varie los juegos y actividades del niño por periodos cortos, cambiandolos frecuentemente, hágalo en forma combinada cuando se canse de una que - guarde los juguetes y luego saque otro juego.
- 3.- Proporcionar al niño la oportunidad de practicar deportes y ejercicios al - aire libre tan frecuentemente como sea posible.
- 4.- Con respecto a las tareas es preferible que tengan 2 ó 3 períodos cortos - para hacerla que uno excesivamente largo, y siempre en el mismo horario.
- 5.- Debe mantenerse constancia en el ambiente físico donde el niño hace sus - tareas, de preferencia un lugar cerrado con el mínimo de distractores.
- 6.- Conviene eliminar los estímulos que puedan distraerlo, inclusive fabricar un - biombo con cartulinas que le ayude a concentrarse exclusivamente en su - tarea.



¿Inquieto? ¿Desobediente?



5) La Hiperquinésia.
a) Aumenta con problemas familiares.



9) Necesita orientación familiar para evitar problemas futuros.



¿Distraído? ¿Cruel con los animales?



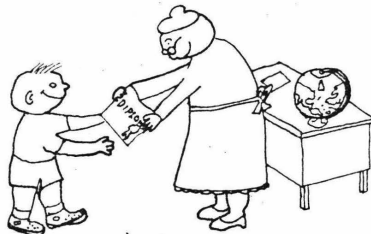
6) b) Es más común en niños.



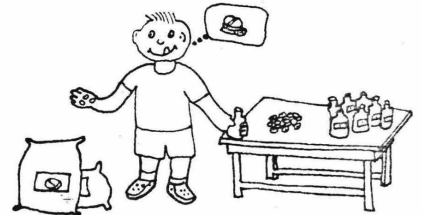
10) El manejo se hace por varios profesionales.



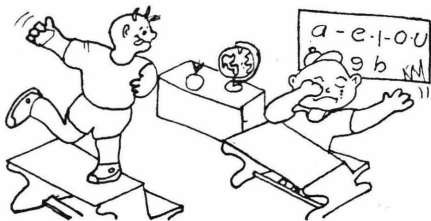
¿No mide el peligro? ¿Impulsivo?



7) c) Generalmente la inteligencia es normal.



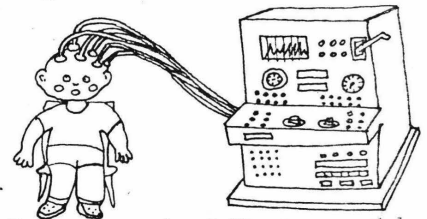
11) Los medicamentos utilizados no son drogas.



¿Agresivo? ¿Va mal en la escuela?
 $1+2+3+4 =$ Hiperquinésia.



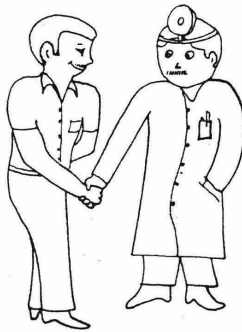
8) d) Desaparece en la adolescencia.



12) No es necesario el Electroencefalograma.

SILME - INSM
NEUROBIOLOGIA
FORMA II
DRA. BLANCAS
1985

DIF



NO OLVIDE PREGUNTAR A SU MEDICO
SUS DUDAS.

TEL. 5 95 80 25

PERIFERICO SUR 2905
SAN JERONIMO LIDICE.
DELEG. M. CONTRERAS
MEXICO, D.F. C.P. 10200

HIPERQUINESIA

