

108



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

"COMPARACION ENTRE EL MODELO SISTEMICO Y CONDUCTUAL EN EL MANEJO DE NIÑOS HIPERACTIVOS"

TESINA QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA: JUDITH JIMENEZ NAVA



IZTACALA

ASESORES: LIC. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA LIC. AMADO RAUL RODRIGUEZ TOVAR LIC. ESTELA FLORES ORTIZ

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

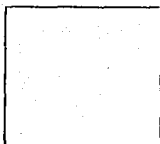


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**"COMPARACIÓN ENTRE EL MODELO SISTÉMICO Y CONDUCTUAL EN EL
MANEJO DE NIÑOS HIPERACTIVOS"**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LIC. EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JUDITH JIMÉNEZ NAVA

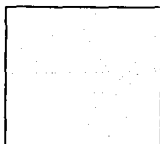
ASESORES

LIC. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ

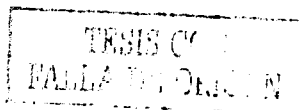
MONTOYA

LIC. AMADO RAÚL RODRÍGUEZ TOVAR

LIC. ESTELA FLORES ORTIZ



TLALNEPANTLA. EDO. MEX. 2002



Con este trabajo quisiera agradecer a Dios, por haberme permitido terminar este trabajo.

A mis Padres, por el amor que siempre me han dado.

A Cielí y a Rosi, por ser las hermanas que cualquiera desearía.

A los pedacitos de cielo que tengo en casa, (Naomí y Alianne) Porque día con día aprendo de ustedes.

A mis amigas de Iztacala y a las del Freinet. Por el apoyo de siempre.

A mis asesores, por la paciencia y la dedicación.

GRACIAS

Por ser parte importante de mi vida.

JUDITH

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

PAGINA

RESUMEN.....1

INTRODUCCIÓN3

Capítulo 1. MANEJO DE LA HIPERACTIVIDAD EN

MEDICINA Y PEDAGOGÍA.

1.1. -La Medicina.....9

1.1.1.-Definición de la hiperactividad.(Disfunción cerebral mínima)10

1.1.2. -Etiología.....12

1.1.3. -Evaluaciones practicadas en la Medicina para la DCM o la hiperactividad.....17

1.1.4.-Tratamientos.....19

1.2.- La Pedagogía.....23

1.2.1. -Definición de la Hiperactividad.....23

1.2.2.-Origen o causas del síndrome hiperquinético.....25

1.2.3.- Evaluaciones practicadas.....26

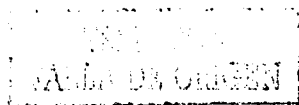
1.2.3. Tratamientos. del síndrome hiperquinético.....27

Capítulo 2. - CONCEPTUALIZACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD

EN PSICOLOGÍA

2.1. - Enfoque Conductual.....31

2.1.1. Etiología de la hiperactividad.....32



2.1.2. Definición de la hiperactividad en el marco conductual. 34

2.1.3.-Evaluación conductual para el diagnóstico de la hiperactividad.....36

2.2. Enfoque Sistémico41

2.2.1.-Concepto sistémico de la hiperactividad.....42

2.2.2.-Causa u origen de la hiperactividad desde el enfoque sistémico.....44

2.2.3.-Evaluaciones para la hiperactividad en el enfoque sistémico.....46

Capítulo 3.- MANEJO DE LA HIPERACTIVIDAD

3.1.- Enfoque Conductual.....51

3.1.1. Conductismo clásico.....52

3.1.2..Cognitivo conductual.....55

3.2.-Enfoque Sistémico.....61

3.2.1. Modelo estructural.....64

3.2.1.1 Técnicas Estructurales.....66

3.2.2. Modelo estratégico.....68

3.2.2.1.Técnicas estratégicas.....68

3.2.3.Comparación Teórica.....70

Conclusiones75

Referencias.....86

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

En el presente trabajo se hizo una revisión de tres áreas de la ciencias médicas y sociales, que plantean definiciones, investigaciones, evaluaciones y técnicas de tratamiento para la hiperactividad. La cual es una dificultad que afecta en la familia, la escuela y el medio social al que pertenece el niño y luego el adulto.

Las áreas que se abarcaron son la Medicina, la Pedagogía y la Psicología. En ellas se define, la hiperactividad desde los propios enfoques de cada ciencia, estos influyen en las evaluaciones y en los tratamientos. Sin embargo todas las áreas se relacionan para obtener mejores resultados con estas personas. Haciendo gran énfasis en dos corrientes Psicológicas, la conductual y la sistémica.

Debido a ello el objetivo de este trabajo consistió en la revisión teórica sobre la concepción y el manejo terapéutico de la hiperactividad en niños desde los puntos de vista médico, pedagógico y psicológico, con el fin de obtener información y poder orientar a los psicólogos y posteriormente a los Padres y Maestro que interactúan con la persona hiperactiva.

Para finalizar la tesina se concluye que ninguna de las ciencias en lo particular es eficaz. En cuanto a la Psicología existen dos alternativas de tratamiento, en las cuales no existen las suficientes investigaciones para corroborar los resultados de dichos tratamientos. Además las alternativas van de acuerdo a la propia expectativa de los padres y de las situaciones.

Por último se corroboró que la mayoría de los tratamientos necesitan la ayuda de las otras ciencias.



INTRODUCCIÓN

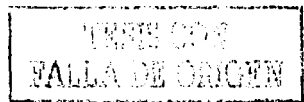
En el ámbito escolar es usual oír que los niños se portan mal, que son muy latosos o no los pueden controlar, además no hacen bien su trabajo y no ponen atención. Por estas razones, la conclusión para muchos padres y maestros, es que los niños son **hiperactivos**, para lo cual la solución es enviarlos al Psicólogo.

Ante esta petición, lo padres realmente se angustian porque no saben lo que significa este término, ni como solucionarlo, así que la única opción es acudir al servicio esperando que sea la solución mágica para que el niño sea "normal" de nuevo, pero cuando ven que no es lo que esperaban, el niño se desenvuelve en una atmósfera de rechazo o sobreprotección no solo de parte de la familia sino también de la maestra y toda la institución.

Así pues se ven más los casos en los cuales las familias se desesperan y optan por corregirlo como mejor les parece, muchas veces los llevan a escuelas especiales para niños con problemas varios o a escuelas militarizadas en donde lo único que hacen es complicar más el problema.

Por ello en la practica profesional se ha hecho necesario acudir no solo a la aplicación de la terapia psicológicas sino a involucrarse en el medio educativo, para poder dar mayor certeza a él diagnóstico y tratamiento de los niños hiperactivos. Bajo esta misma perspectiva en la practica profesionales ha observado que los niños que ingresan a esta escuela ya vienen etiquetados como niños "hiperactivos" con problemas de conducta sin tener ningún tipo exámenes previos, basándose solo en la conducta que presentan los niños

Aunado a lo anterior, los padres no acuden con la convicción de encontrar una nueva opción para sus hijos, sino para evitarse el problema de tener que cuidarlos parte del día, no-conforme con ello también creen que al



Debido a esa búsqueda de nuevas técnicas y de mayor información por la el concepto de ser humano y de cómo se debe tomar en la terapia el **OBJETIVO** de este trabajo es la revisión teórica sobre la concepción y el manejo terapéutico de la hiperactividad en niños, desde el punto de vista medico, pedagógico y psicológico, haciendo énfasis en dos corrientes Psicológicas, como son el conductismo y el enfoque sistémico, con el propósito de brindar una alternativa a los Psicólogos, padres y maestros para el manejo de la hiperactividad.

Para lo cual se hizo necesario, realizar una exploración general de las áreas que abarcan esta problemática con el propósito de conocer, las causas, las definiciones, las evaluaciones y los tratamientos que se aplican en estas áreas, enfocándose principalmente a las alternativas en la Psicología debido a la relevancia que tiene para la practica profesional, ya que en ella a veces se siguen patrones ya establecidos, porque son los más fáciles, o simplemente porque son los más prácticos, pero es peor el esfuerzo cuando no hay resultados satisfactorios.

Por ello ahora se retoman dos corrientes teóricas, estas son: El conductismo, por integrar uno de los tratamientos más populares en la actualidad y el enfoque sistémico, el cual no ha sido muy difundido, tal vez porque las técnicas terapéuticas, abarcan no solo a un individuo, sino también a la familia. Por ello se convierte en una alternativa para la posible resolución de este problema.

A continuación se expondrá brevemente el contenido de los capítulos. En el primer capítulo se realizará una revisión de los conceptos, evaluaciones y tratamientos en área de la Medicina y la Pedagogía, con el fin conocer un poco de estas ciencias y como intervienen en la Hiperactividad,

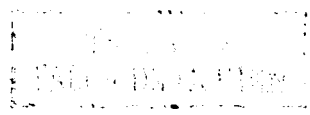
haber una psicóloga en la escuela, se van a solucionar sus problemas y los de los niños, pero cuando se les pide que acudan a consulta, nunca asisten porque aseguran que ellos no tienen problemas y se conforman a que se les de terapia únicamente al niño, pero como es de esperarse los resultados son esporádicos y poco duraderos; A pesar de lo anterior los padres también presentan sentimientos de culpa que no saben como manejarlos y su única opción es esconderlos o sacarlos en forma de agresión (Stewart. & Wendkos, 1973)

En ocasiones el problema de los niños puede ser tan destructor e incontrolable que los padres y maestros se consideran las verdaderas víctimas como lo asegura Herbert (1983)

Más aún se agrava la situación porque el terapeuta no cuenta con la ayuda de los maestros quienes no tienen la información necesaria para saber como tratarlos y algunos de ellos al no poder controlar sus interrupciones y su mala conducta les "agarran reveses" y la escuela se transforma en una experiencia intolerable como lo argumenta Farnhari (1980)

Lo anterior provoca que los psicólogos se vean orillados a manejar métodos individualistas como son los derivados del conductismo, los cuales no son siempre los más adecuados. (Wells & Giannetti, 1993)

Así pues se ha hecho necesario buscar nuevas alternativas de tratamiento que resulten sino más eficaces, si más duraderas. Además dichas propuestas deben considerar a la hiperactividad como el conjunto de conductas que se refieren a estímulos familiares y sociales y no a aquella que se deriva de una falla neurológica. Debido a que el individuo debe considerarse como un todo, es decir en la totalidad de su funcionamiento y comportamiento, integrados en todas las etapas del desarrollo y dentro del contexto de la sociedad y de sus instituciones(Luna,1996).



En el segundo capítulo se describirán las definiciones en los dos enfoques de la Psicología, así como las evaluaciones y las causas de la hiperactividad.

En el último capítulo se revisarán los tratamientos propuestos por las dos corrientes Psicológicas y sus derivaciones. Así como una breve comparación de conceptos generales, la cual será un poco más extensa en las conclusiones.

Esperando auxiliar con este documento a esclarecer los conceptos que se tienen de la hiperactividad y ayudar a los Psicólogos a buscar nuevas alternativas para la atención de las personas con este problema, y a su vez la orientación de los padres y maestros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I

**MANEJO D E LA
HIPERACTIVIDAD
EN OTRAS
CIENCIAS**

CAPITULO I

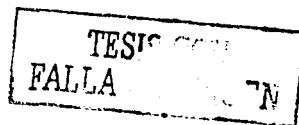
MANEJO DE LA HIPERACTIVIDAD EN OTRAS CIENCIAS.

Debido a múltiples concepciones que se han desarrollado alrededor del tema de la hiperactividad y de sus alcances. En este capítulo se tratarán los conceptos, las etiologías, las evaluaciones y los tratamientos que existen acerca de la hiperactividad en otras ciencias como son la Medicina y la Pedagogía con el fin de enriquecer los conceptos con el propósito de conjuntar un trabajo multidisciplinario que conlleve a un tratamiento más eficaz de la hiperactividad y a su vez sirva para limitar la concepción psicológica del tema de la presente tesis.

1.1. La Medicina.

Una de las ciencias más socorridas para el tratamiento de la hiperactividad es la medicina debido a que la mayoría de las personas piensan que este problema es una enfermedad y acuden a un médico para que sea curado. Por ello esta disciplina canaliza esta dificultad en tres áreas que son la PEDIATRÍA; PSIQUIATRÍA y la NEUROLOGÍA, para dar un diagnóstico y formular un tratamiento o una canalización a otras especialidades. Sin embargo hay que tomar en cuenta que la hiperactividad es vista en la Medicina como un síntoma de la DISFUNCIÓN CEREBRAL MINIMA (DCM). Por lo tanto en este espacio se retomarán las definiciones de la DCM, como base a su etiología, evaluación y tratamiento.

Con la finalidad de retomarlas en otros capítulos, como un antecedente del trabajo realizado acerca de la hiperactividad y la posible relación que pueda presentarse.



1.1.1 Definición de la hiperactividad.(disfunción cerebral mínima)

Como primer punto se explicaran algunos conceptos previos de tipo médico que se han tomado en cuenta para desarrollar definiciones de la DCM. Estos son.

Lesión Cerebral. Como una explicación a ciertos rasgos que presentaban niños con problemas de aprendizaje.

Orgánico Cerebral, como una explicación a la sintomatología que se presentaba en los niños que padecían un daño evidente cerebral, caracterizado por un grado alto de hiperactividad, incoordinación motora y la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas (Velasco, 1997)

Lesión Mínima esta basado en lactantes "defectuosos" o definitivamente paralíticos que se clasifican en aquellas categorías en las cuales existieran desviaciones conductuales, características temperamentales congénitas, atribuidos a factores ambientales externos o a errores en la crianza, Sin embargo existía un grupo de personas que presentaban síntomas Atípicos que solo se podían explicar a partir de una lesión leve o resolutive. (Gesell, 1981)

A partir de lo anterior se ha acuñado el término de Disfunción Cerebral Mínima para describir a aquellos niños cuyas dificultades no pueden determinarse con precisión.

Sin embargo hasta la fecha autores como Clements en 1966 resalta que la DCM es definida por la "National Institute of Neurological Diseases and Stroker, Task Force I" como la infancia que tienen ciertos trastornos de aprendizaje y de conducta que pueden variar de leves a graves y que se asocian a desviaciones en la función del sistema nervioso central. Estas lesiones se pueden manifestar por varias combinaciones de dificultades de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, control de la atención, de los impulsos o de la función

motora".(Campos y Cols.1979) Sin embargo se dice que esta definición es muy amplia y que es necesario ir simplificando porque en esta se incluirían casi todas las problemáticas infantiles.

Posteriormente Gesell (item), señala que la DCM, "se refiere a niños con una inteligencia normal que tienen diversa combinaciones de impedimentos en la percepción, la conceptualización, el lenguaje, la memoria, el control de la atención y el impulso o la actividad motrices, vinculados generalmente con anomalías neuromotrices menores".(Garanto, 1993)

Otra autor que habla de la DCM es Azcoaga (1985) el cual dice que para definirla primero hay que ver hacia que aspecto de la muy extensa gama de términos como: el "síndrome de lesión cerebral", "niños lesionados cerebrales", "lesión cerebral mínima", "Disfunción cerebral mínima" (o simplemente "disfunción cerebral"), "síndrome de Strauss", "síndrome hiperquinético" etc. que se refieren a la misma condición a la que se va a dirigir. Por lo tanto para retomar sus propios puntos de vista Azcoaga destacó no solo la falta de precisión en los términos sino que además dijo que todas las manifestaciones sintomáticas relacionadas con funciones cerebrales superiores o la base afectivo-emocional no son necesariamente la consecuencia de una lesión cerebral en sí sino que en ciertos casos, puede originar alteraciones primarias o condiciones predisponentes que inciden luego en la complejidad de las condiciones en las que se desarrolla el niño y que se toman su forma en los procesos de aprendizaje fisiológico.

La definición más específica de la DCM esta en el criterio de diagnóstico del DSM III y más recientemente el del DSM IV propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría, en el cual se plantean ciertos criterios más específicos acerca de la hiperactividad, refiriéndose principalmente a que esta característica se encuentra dentro de un Trastorno de Déficit de Atención sugiriendo que lo principal del problema es la atención pudiéndose o no acompañarse de la hiperactividad. (Tallis. & Soprano,1991)

Por lo anterior la definición de la hiperactividad ha ido variando de acuerdo a las investigaciones y a los propios criterios de los científicos, Sobre todo por los avances científicos, de los cuales podrían surgir aparatos más sofisticados que puedan detectar anomalías más específicas como es en nivel cerebral y físico y con ello obtener conceptos más específicos que abarquen solo los síntomas de la DCM.

Posteriormente se desarrollaran otros términos que se basan en teorías Pedagógicas y Psicológicas las cuales podrían variar por su origen

1.1.2. Etiología

Así como en las definiciones hay múltiples criterios que se toman en cuenta para que se presente la DCM o más específicamente los trastornos con déficit de atención.

En la etiología existen muchos factores que intervienen en las causas de la hiperactividad, ya que estas se enfocan a cada área que estudia la hiperactividad, sin embargo la etiología más aceptada es aquella que se desprende de una modelo interdisciplinario.

Una de las tesis más conocidas entre los médicos y los neurólogos es la de "daño cerebral causada a su vez por "por fenómenos traumatizantes de la estructura cerebral"(Quiroz y Sharager, 1980).

Estos pueden presentarse en tres momentos

1. Pre-natales. Los que suceden durante el embarazo y son con mayor frecuencia los que producen mayor es cambios estructurales responsables de la disfunción.

-Como infecciones en la madre; principalmente rubéola o toxoplasmosis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-Anoxia del producto in útero; producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono, por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios. Calderón (1990), agregaría en este sentido la aspiración en exceso de tabaco o la inhalación profunda de plomo.

-Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias), producidas por toxemias del embarazo o de otro origen; trauma directo, infartos placentarios, etc.

-Exposición excesiva a los rayos X

-Disturbios metabólicos, especialmente de diabetes melitus.

-Factor Rh, causa de Kerniturus.

-stress materno

2. Para-natales, son los que actúan durante el parto y son:

-Anoxia neonatorum: producida regularmente por. Obstrucción mecánica respiratoria atelectasias, mal uso de sedantes y anestésicos administrados, placenta previa e hipertensión pronunciada.

-Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal, tales como: aplicación deficientes de fórceps, maniobras de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos, etc

3. Post- natales, considerados los más frecuentes.

-Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tos ferina, como se ha observado en las investigaciones de Litvak y Luria el sarampión, la escarlatina y las

neumonias, también la meningitis y la encefalitis, (Bair & Gordon, 1983).

- traumatismos craneales
- secuelas debidas a incompatibilidades del factor Rh.
- Neoplasias cerebrales.
- Anoxias accidentales pasajeras..

Todas las causas fueron desarrolladas por Velasco, (1997), Calderón, (1990), Martínez & Martínez (s/a) y Hernández (1996). También es necesario aclarar que todas las causas recaen en diferentes áreas del cerebro como se explicará a continuación:

Los fenómenos traumatizantes afectan.

- ✓ La corteza cerebral, perdiendo o disminuyendo así la capacidad de inhibición de otras estructuras no corticales; al no regularse apropiadamente el funcionamiento de los centros, ocurre subsecuentemente una desinhibición de la conducta y una falta de organización de los estímulos y las respuestas.
- ✓ Los centros encefálicos, con la consiguiente desorganización de estímulos y respuestas, y la sobrestimulación cortical.
- ✓ El metabolismo bioquímico, presentando alteraciones en el nivel en sangre de las 5 hidroxitriptamina (serotonina) y la acidosis metabólica. (Moreno, 1998).

Otros autores como Campos (1979) & Knoff (1984) afirman que la disfunción se puede deber a orígenes genéticos como son:

- Padres con síntomas del déficit de atención en la infancia o adolescencia.
- Si los niños son adoptados o no
- Hermanos con hiperactividad.

Las causas que se presentaron han sido motivo de estudio para muchos investigadores. Prueba de ello son Mc Mahon (en Alcocer,1987) quien asegura que los padres biológicos de los niños adoptados con problemas de hiperactividad o disfunción cerebral mínima tenían más numero de alteraciones, como alcoholismo y esquizofrenia, comparada con sus padres adoptivos.

Ross,(1997), ha sostenido que muchos problemas de aprendizaje se basan en un retraso del desarrollo de los procesos básicos del cerebro, causados por una deficiencia bioquímica heredada genéticamente.

Junto con el aspecto genético se ha considerado también la posible presentación de algunos factores predispuestos, principalmente el llamado temperamento del infante que, al interactuar con las respuestas familiar y social, podría facilitar la aparición de la hiperactividad.

Durante siglos se ha reconocido que uno de los principales efectos de las lesiones cerebrales consisten en anomalías psíquicas en la conducta sobre todo las lesiones que afectan los hemisferios cerebrales, que constituyen en el ser humano la mayor parte del cerebro y que como tal es un sistema disfuncional es decir, que las partes en las que se divide el cerebro son una y a la vez son independientes para determinar ciertas conductas, así si una lesión afecta cualquier área particular del cerebro afectará varios sistemas funcionales.

Así pues Luria en 1966 (en Hernández,1996)identificó en el cerebro 3 unidades principales cuya cooperación recíproca es necesaria en casi todo el sistema funcional, aunque en una conducta dada puedan intervenir distintas partes de cada una de aquéllas.

La primera unidad del cerebro interviene en la atención y al despertar, funciona como un vigilante de estímulos que es preciso atender y elevar el nivel receptivo. Además interviene activamente la respuesta emocional a los estímulos así como

en nuestro nivel general de actividad, es importante sobretodo para la hiperactividad y la hipermotilidad.

Esta parte consiste en las estructuras conocidas como tallo cerebral dentro del cual se encuentra lo que se ha llamado el sistema reticular activante el cual esta formado por grupos de células nerviosas dispersas por el tallo, las cuales configuran una red que tienen relación directa con el nivel del despertar del cerebro, así pues mientras más alto sea el nivel del despertar del cerebro más fuerte será la respuesta y sistema límbico.

La segunda unidad es la responsable de la integración y la entrada sensorial, es a través de esta que se reciben los estímulos que provienen del exterior por medio de los sentidos, encontrándose en la mitad posterior de los hemisferios cerebrales. Por lo que respecta a la tercera unidad se puede decir que es responsable de las tareas de tomar decisiones, evaluar conductas y dirigir la conducta observable, es decir toma la decisión y la convierte en motricidad gruesa y fina, por lo que si ocurre una lesión en el hemisferio izquierdo en donde se encuentra localizada esta parte pueden producirse lesiones más severas que si ocurriese en el hemisferios derecho.

Hay que destacar la importancia de la primera parte ya que en ella se puede determinar algunas causas más precisas de la hiperactividad

Una de ellas se refiere a una lesión en el hipocampo y la otra a una disfunción en el sistema reticular activante. (Mtz. & Mtz. s/a. y Wolfgang, 1997)

A pesar de lo anterior también se debe aclarar que no todos los niños que tengan hiperactividad pueden presentar daño cerebral por ello a este tipo de hiperactividad se le ha llamado HIPERACTIVIDAD PRIMARIA ya que ella se presenta desde el nacimiento y hay HIPERACTIVIDAD SECUNDARIA, la cual es causada por problemas emocionales, presentándose con frecuencia al entrar a la

escuela o cuando ocurre un hecho importante en su casa como se verá posteriormente.

Ya que se dio un panorama de las causas físicas de la disfunción cerebral mínima y de la hiperactividad, se hace necesario saber a través de que métodos médicos se diagnostica.

1.1.3. Evaluaciones practicadas en la medicina para la dcm o la hiperactividad.

Dentro del campo médico se ha hecho necesario una revisión sobre sus causas u orígenes de la DCM (hiperactividad en específico) con el fin de saber que factores o características van a ser evaluados. Puesto que en esta disciplina existen muchos y muy variados exámenes que podrían conducir a un diagnóstico de la DCM, pero no necesariamente que incluyan la hiperactividad, es de suma importancia retomarlos en la Psicología para descartar causas de origen físico.

Uno de los más utilizados y populares es EL CRITERIO DIAGNOSTICO DSM III y últimamente el DSM IV en el cual no solo se tiene que hacer en base a los profesionistas médicos, sino también por los padres y los maestros en diferentes ámbitos (Hendren en Buendía, 1996). En estos se desarrollaron criterios de características que se presentan en los niños y adultos cuando se refiere a una disfunción cerebral o al déficit de atención con hiperactividad.

A continuación se presentarán las características de dicha evaluación. Pero se ampliará un poco en el capítulo 2. Puesto que el DSM IV define con mayor precisión las dificultades que presentan los niños, denominadas como **trastornos emocionales y conductuales**, siendo uno de los más completos y detallados. (Sheg y Bauer, 1999).

- a) INATENCIÓN.
- b) IMPULSIVIDAD.
- c) HIPERACTIVIDAD.
- d) APARICION ANTES DE LOS 7 AÑOS DE EDAD.
- e) HA DURADO AL MENOS 6 MESES
- f) NO SE DEBE A ESQUIZOFRENIA, RETARDO MENTAL O TRASTORNOS AFECTIVOS.

Anteriormente el DSM III tenia mayor énfasis en diagnosticar la hiperactividad, se centraba en la imposibilidad del sujeto de inhibir sus movimientos por períodos largos de tiempo y la continua movilidad que presentaba. En la actualidad y a pesar de que el DSM III no incluye ningún desorden orgánico existen investigaciones que presentan como sujetos hiperactivos a niños que además de poseer dichos criterios, presentan alteraciones orgánicas. (Taylor, 1991).

A pesar de las modernizaciones que se le han realizado a esta evaluación, todavía tiene fallas por lo cual se siguen realizando estudios acerca de esta y de efectividad positiva.

Otras evaluaciones que también se utilizan y son necesarias en la medicina es la REVISIÓN DEL ESTADO MENTAL, la cual contiene:

- o Historia clínica, obtenida por medio de una entrevista a los padres y a los maestros.
- o Examen medico minucioso. En el cual conste que hay un daño cerebral.
- o Observación directa.

PRUEBAS ESPECIALIZADAS DE ORIGEN NEUROLÓGICO, como son:

-electroencefalogramas(prueba neurométrica que servirá para detectar epilepsia, trastornos conductuales episódicos y la posibilidad e una encefalopatía).

-electrocardiogramas (para detectar cardiopatías).

PRUEBAS DE LABORATORIO.

-Análisis de sangre y orina. (para detectar enfermedades anteriores como son, hepatitis, problemas tiroldales, niveles de plomo, monóxido de carbono etc.)

-Rayo X (para detectar posible traumatismo craneoencefálico anterior)

Si en ninguna de las pruebas anteriores resultaran alteraciones en el organismo, sobre todo en lo referente a lesiones cerebrales de cualquier tipo, entonces el medico o el neurólogo lo deberá enviar al departamento de Psicología para que sea evaluado por problemas emocionales.(Calderón, 1993, Díaz del Guante & Mávii, 1984,Knoff, 1990 y Taylor, 1991)

Ya hecha la evaluación física y proporcionado un diagnóstico médico se procederá a la aplicación de los múltiples tratamientos que existen para disminuir la hiperactividad o la DCM, lo cual será tratado en el siguiente apartado.

1.1.4. Tratamientos

Como cualquier otro padecimiento, el tratamiento que se recomienda a los pacientes con DCM o mejor llamado Déficit de atención con hiperactividad dependerá en gran medida al nivel de la lesión y los orígenes de esta.

A continuación se plantearán los tratamientos médicos, es decir los farmacológicos que son la discordia en los tratamientos para este tipo de

problemas, ya que las personas en general no los conocen y suelen hacer mal uso de ellos o repudiarlos totalmente porque piensan que pueden causar adicciones.

A modo de facilitar su exploración se realizara un cuadro de todos los medicamentos, las dosis y sus consecuencias tanto positivas como negativas

CUADRO 1.FARMACOS UTILIZADOS COMO TRATAMIENTO PARA LA DCM O EL DEFECIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

CLASIFICACION	NOMBRE	DOSIS	EFFECTOS	CONTRAINDICACIONES
Drogas estimulantes.	Destroanfetamina	..3 a 1.5 mg/kg.- 2 o 3 veces al día.	Sirve para que la persona enfoque mejor su atención.	En general estas drogas pueden generar falta de apetito, insomnio, dolor de estomago palpitaciones, taquicardias e hipertensión . Puede provocar ansiedad o irritabilidad. En algunas ocasiones pueden producir convulsiones.
	Anfetaminas	Igual	Actúa en la porción ventral del SRA.	
	Metilfenidato	Igual	Aumenta la actividad de las sinapsis catecolaminérgicas en el cerebro.	

Antidepresivos triciclos.	<p>Imipramina</p> <p>Fluoxetina</p> <p>Tioridazina</p>	<p>Por la mañana y por la noche en una dosis que varía entre 30 y 100 mg, por día</p> <p>20 a 60 mg. Al día</p> <p>0.5 a 1.5 mg por filo por día</p>	<p>Efecto benéfico sobre la conducta de los niños. Inhibe la sobre actividad.</p> <p>Inhibe la recaptación neuronal de serotonina</p> <p>Relajantes mínimos de la hiperactividad.</p>	<p>Cambios en la presión sanguínea, hipertensión, taquicardia y problemas gastrointestinales tras un cese brusco de la medicación.</p> <p>Efecto deletereos obre la función cognitiva.</p>
Anticonvulsivos	Difenilhidantoína.	Su dosis es menor que la utilizada en niños con epilepsia.	Controlar los accesos convulsivos, pero están contraindicados para la disfunción cerebral.	Las contraindicaciones varían de acuerdo a quien se les aplican
Tranquilizantes menores	Definhidramina	De 2 a 10 mg por kilo al día	Reduce los síntomas sin causar	En general pueden llegar a causar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

			somnolencia	somnolencia. Si sobre pasa la dosis..
--	--	--	-------------	---

Este cuadro fue copiado de Farnhan, 1980; Hendren, en Buendía, 1996; Calderón, 1990, Taylor, 1999, Díaz del guante 1993, Renshaw. 1991 y Brair & Gordon, 1983.

Otro de los tratamientos médicos que se practica es la dieta aunque no esta muy comprobada su eficacia, otros autores le nombran "Manejo dietético"(Calderón, 1990), esta consiste en evitar ciertos alimentos que produzcan efectos a nivel orgánico que propicie la ansiedad y el exceso conductual, estas sustancias son el café, chocolate, salicilatos, preservativos y colorantes artificiales. Sin embargo esta técnica ha creado una polémica que se debate entre aplicarla y fomentar la charlatanería o no aplicarla y dar el beneficio de la duda a la reacción producida por estos alimentos. (Knoff, 1984)

Como se ha visto hasta aquí la hiperactividad esta incluida en otras áreas para las cuales también existen diagnósticos y tratamientos aunque no necesariamente van dirigidos a erradicar el problema sino a disminuirlo y para ello es necesario valerse de otras ciencias para que sea más eficaz.

Tal es el caso de la Pedagogía y más en específico los maestros de clase, quienes mandan a los niños al médico, como una alternativa para la resolución de los problemas del niño. Por ello en la medicina también recomiendan la terapia conductual o alguna otra psicológica, de la cual se escribirá próximamente, ya que a continuación se describirá la otra área, en la que la hiperactividad es tratada muy de cerca puesto que en ella es donde se detectan los mayores problemas o características de los niños hiperactivos ésta es la Pedagogía la cual también ha hecho intentos para solucionar la hiperactividad: obviamente bajo sus propios conceptos y metodologías.

1.2. La Pedagogía

En muchas ocasiones, cuando los niños entran a la escuela muestran exceso conductual por lo tanto la maestra los cataloga como niños difíciles o como características de niños hiperactivos y al no saber que hacer con ellos los rechazan o buscan ayuda de otros profesionales o buscan alternativas de aprendizaje para estos niños. Así pues este espacio se referirá a explorar los conceptos, la etiología, las evaluaciones y los tratamientos que propone la pedagogía para la hiperactividad y que para los psicólogos educacionales son de gran ayuda conocer.

1.2.1. Definiciones usadas en la Pedagogía para identificar la Hiperactividad

Al igual que en la medicina, la Pedagogía refiere solo un aspecto del ser humano, aunque no este aislado, también define mucho la disciplina a la que se referirá a continuación.

Los criterios que se toman en cuenta en esta disciplina para formular una definición son:

La falta de atención, el exceso de conducta en el salón de clases, el desempeño académico y algunas otras, que en el transcurso de las definiciones se notaran.

En Pedagogía se identifica a la hiperactividad como el "SÍNDROME HIPERQUINETICO", el cual es definido por la Organización de las Naciones Unidas como un grupo de trastornos cuyas características esenciales son la incapacidad para mantener la atención y la tendencia a distraerse. (Garantos, 1993)

Así mismo incluye ciertas características tales como:

- Incapacidad para fijar la atención(mostrándose dispersa y fugaz)
- Agitación psicomotriz (movilidad exhuberante).
- Impulsividad (conductas irritables)

- Labilidad emocional (volubles en sus emociones)
- Inteligencia normal (no hay retraso mental)
- Dificultades en las relaciones interpersonales, (sobre todo cuando se les cambia de lugar)
- Trastornos visoperceptivos..

Además de las características anteriores, Moreno (1998), asocia la hiperactividad con deficiencias perceptivas y dificultades para el aprendizaje. Allen(1979 en ibidem.) considera que se trata de un trastorno del desarrollo, concebido como un retraso, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesiva y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora y aparece entre los dos y seis años comenzando a remitir durante la adolescencia. .

Ross (1997). Define el síndrome hiperkinético como un reflejo del efecto que provoca la influencia turbadora que un niño tiene en el salón de clases,

De este modo el síndrome hiperquinético o Hiperkinético puede definirse como un exceso motor con características como la impulsividad, la falta de atención, y en algunos casos con retardo en el desarrollo que se presenta ante cierta ansiedad en el salón de clases.

Como se pudo notar las definiciones son muchas y variadas pero coinciden en varios aspectos que se basan principalmente, en el origen de la falta de atención y el exceso conductual, los cuales se perfilan hacia los factores que influyen en dichas actitudes.

Por lo tanto existen teorías para identificar con más agudeza el origen del síndrome hiperkinético como se presentará en el próximo apartado.

1.2.2, Origen o causas del síndrome hiperquinético.

En la Pedagogía las teorías más aceptadas van desde aquellos autores que afirman que el síndrome proviene de una disfunción neuronal leves o severas que igual producen daños de acuerdo a su nivel. Otros dicen que además se deben a factores genéticos, psicógenos, socioeconómicos, culturales, somáticos, etc.(Rapin, 1987)

Para ampliar lo anterior se retomara lo expuesto por Keog en 1971(Cuando postulo que los problemas de aprendizaje producidos por el síndrome hiperquinético podrían deberse a 3 causa propuestas en 3 hipótesis.:

La primera se debe como ya se menciona a una falla neurológica (la cual produce problemas de percepción y exceso de movilidad)(Díaz de León, 19879.

La segunda se refiere a que la naturaleza y el grado de su actividad interrumpen la adquisición de información,(problemas de atención). Esta es sustentada por Azcoaga (1985) quien menciona que los niños con muy buen nivel de aprendizaje son inquietos en el aula precisamente porque su ritmo de captación es muy rápido que el del conjunto

La tercera postula que los problemas de aprendizaje son producto de las decisiones precipitadas e impulsivas presentadas durante la situación de aprendizaje.

En si no se puede determinar una causa de tipo pedagógico que pueda ratificarse y más aún que se desprendan técnicas para el tratamiento del síndrome hiperactivo, Sin embargo; la pedagogía a formulado ciertas propuestas de evaluación y tratamiento que siguen en proceso de investigación para su mejor efectividad.

1.2.3. Evaluaciones del síndrome hiperquinético o hiperactividad.

Dentro de este campo las evaluaciones se dirigen hacia la detección de ciertas habilidades que sirven para un buen desarrollo escolar, como se podrá leer.

Las evaluaciones comienzan con una exploración de las capacidades intelectuales y el rendimiento escolar para ver en que áreas, (Español, matemáticas o ciencias) se encuentran las mayores dificultades.

Para obtener mayor información se entrevista a los padres y maestros con el propósito de verificar aspectos pre, para y post natales, así como enfermedades en la infancia, después se analizan los factores genéticos como la psicosis, la depresión de los padres y las relaciones familiares, (Hendren, 1996).

Ejemplos de estas entrevistas son la Pauta de entrevista a padres. (PEP) realizado por Pelechano en 1979, Información Diagnóstica General (IDG) de Capafons, Sosa, Alcantud y Silva, hecho en 1986 o el Informe Parental de Síntomas Infantil (PACSI), (Renshaw, 1991).

También se evalúa el ambiente social el cual incluya el conocimiento y las circunstancias en las que viven el niño y su familia.

Por último se evalúa el ambiente escolar haciendo énfasis a los factores asociados que influyen a todos los niños menos capaces, el ambiente físico que rodea la escuela y su organización. (Calderón 1990 y Schachar en Taylor)

Algunos autores como Bair & Gordon (1983) sugieren una exploración física y neurológica, (electroencefalograma), para descartar la posibilidad de factores biológicos.

Así pues las evaluaciones son más completas y más específicas con respecto a la atención y la hiperactividad en todos los ámbitos en los que interactúan los niños y en los que se presentan los síntomas o las conductas que caracterizan la hiperactividad o al síndrome hiperactivo .

En base a estos tipos de evaluación se realiza un diagnóstico que ayude a tener un panorama general y más preciso de la problemática real del niño que presenta problemas de conducta, atención y algunas otras características, con el propósito de plantear metas u objetivos para una intervención terapéutica de tipo pedagógico y familiar.

Para finalizar este capítulo se dará una revisión a los tratamientos propuestos por los pedagogos para enfrentar esta problemática infantil.

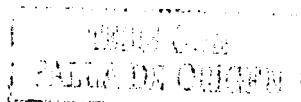
1.2.4. Tratamientos para el síndrome hiperactivo.

En este último apartado se realizará una revisión de los diferentes tratamientos en pedagogía.

Para comenzar se citarán algunas consideraciones que se proponen para aplicar algún tipo de tratamiento,

- 1.- Los niños deben tener un diagnóstico, lo más preciso posible para proponer un tratamiento efectivo.
- 2.- Los padres y los niños deben estar enterados de los propósitos del tratamiento.
- 3.- Los padres y los maestros deben reportar los resultados lo más exactos para ver los alcances de los tratamientos aplicados.
- 4.- Sobre todo lo anterior los padres y los maestros deben comprometerse a seguir al pie de la letra las actividades del tratamiento.

Siguiendo con los tratamientos, ahora se presentarán algunos de ellos.



Lo primero que se propone es que los niños deben de estar motivados con actividades manuales (como los son realizar artesanías o labores que les gusten a los niños y cumplan el papel de reforzadores)(Hernández, 1996).

Algunos otros métodos que ocupan son los conductuales, pero estos se describirán en el capítulo III.

Destacando, que estos métodos son utilizados en diversas formas como bases de tratamientos como son (Galindo y Walker, 1980, 1998).

- ❖ Tiempo fuera(separar al niño después de presentar la conducta errónea)
- ❖ Extinción (extinguir la conducta errónea)
- ❖ Saciedad (disminución o la eliminación de una conducta inaceptable)
- ❖ Castigo (eliminar la conducta por medio del castigo)
- ❖ Desensibilización (reforzar otras conductas paralelas)

Los anteriores tratamientos son específicos para ser utilizados en el salón de clases.

Díaz del Guante(1987), presenta el MODELO DE STRAUSS dirigido a controlar las respuestas hiperactivas y distractoras.

También nombra varias técnicas las cuales se refieren a mejorar el entrenamiento perceptivo; la adquisición de la información en los lapsos de aprendizaje y el control de la actividad motora. Otras a enfatizar actitudes lentas ante situaciones críticas ya que el cambio de estímulos rápidos constituye una de las principales desventajas para los niños hiperactivos.

Para finalizar el autor resalta el hecho de que los salones de clases deben tener los menos estímulos posibles para que no tengan distractores múltiples que evaden la percepción del niño pero se necesita una mayor información acerca de los métodos exteriores para poder utilizarlos en la práctica.

Otro aspecto que resaltan los autores es el hecho de que los niños hiperquineticos asistan a escuela regulares para su adaptación social con sus iguales y con los maestros como representantes de los límites y el orden,(Calderón, 1990).

Una alternativa de los tratamientos pedagógicos, es el uso de los fármacos y la intervención Psicológica con el fin de abarcar más aspectos del desarrollo del niño hiperquinético. Rapin (1987).

Para concluir solo se realizarán algunas situaciones relevantes. La hiperactividad es definida de acuerdo al área en la que se hable, como se pudo observar, solo cambian los aspectos que se toman en cuenta para su evaluación y su tratamiento. Sin embargo no se pueden deslindar estas dos áreas y la que se revisará en los próximos capítulos porque son ámbitos de desarrollo del infante..

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II

CONCEPTUALIZACION DE LA HIPERACTIVIDAD EN PSICOLOGIA

Capítulo II

Conceptualización de la hiperactividad en Psicología

La hiperactividad ha sido tratada en áreas de estudio, como son la medicina y la Pedagogía la cual abarca otros aspectos de la vida del niño. Ahora toca el turno de que se explore en la Psicología, puesto que es una de las disciplinas que tienen influencia en la problemática. Sin embargo está, no es precisamente el área que acepta la hiperactividad como un concepto único y con un mismo origen, esto se debe a que dentro de la misma disciplina existen diferentes corrientes teóricas, las cuales están dirigidas y orientadas en diferentes sentidos.

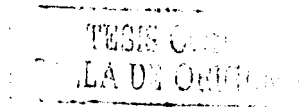
Por ello en este capítulo se pretende mencionar dos de las corrientes de la Psicología que se ocupan de la hiperactividad, estas son El CONDUCTISMO Y EL ENFOQUE SISTÉMICO, aunque hay que tomar en cuenta que es difícil compararlos porque en muchos aspectos son como el agua y el aceite.

A pesar de ello es importante conocerlas porque son alternativas que se utilizan en niños que presentan este tipo de dificultades, además cada caso es diferente, por lo tanto el tratamiento no siempre funciona con la misma efectividad, ante esta situación hay que buscar y tener otras expectativas y alternativas para tratarlos.

Al igual que en las otras disciplinas se comenzará con el origen de la hiperactividad, los conceptos o definiciones y la forma en como evalúan tal dificultad infantil. Posteriormente en el capítulo III, se describirán los tratamientos.

2.1.- Enfoque Conductual.

En Psicología existe una corriente teórica que proviene de la perspectiva en la cual resaltan la conducta como un síntoma de una problemática, es decir se prodiga en conceptos y datos que demuestran que son producto de interacciones entre el niño en desarrollo y los agentes sociabilizantes que con más frecuencia le



rodea, (los padres y los maestros)(Pineda, López, Torres y Romano, 1992). La teoría marca como modelo la modificación de la o las conductas problema, basada principalmente en el análisis de la conducta animal y humana en el laboratorio, en los cuales ocupa un lugar importante dentro las técnicas de condicionamiento operante y pavloviano y cuyo fundamento teórico ha de buscarse en las obras de B:F Skinner, y Pavlov. Actualmente se aplican estos principios para el análisis de la conductas y con el propósito posterior de llegar a posibles soluciones de los problemas educativos como son la hiperactividad y otros.(Sydney, trad, Becerra,1987)

Por ello se revisaran los conceptos, la causa y la evaluación que hacen acerca de la hiperactividad en esta corriente de la Psicología. Cabe aclarar que en este capítulo se presentará primero las causas o la etiología de dicha problemática ya que la mayoría de los autores, concretizan sus definiciones en base a sus propias investigaciones y a los resultados que de ellas se desprendan.

2.1.1-Etiología de la Hiperactividad.

Como se vio en el capítulo anterior, la hiperactividad es concebida como una característica de la disfunción cerebral mínima, por lo tanto atribuyen que esta es parte de una disfunción o lesión cerebral producida por diversas causas, de tipo orgánico. (Velasco. 1997).

Es necesario explicar que en este trabajo la hiperactividad será tratada un poco en aislado de la disfunción o alguna otra terminología que pudiera ser comprendida dentro del rango del término.

Por ello se tomarán solo aquellas causas u orígenes que se relacionen solamente con lo correspondiente a la Psicología.

Ejemplo de ello es la definición que Herbert hace en 1983, la cual atribuye que la hiperactividad es la búsqueda de atención hacia el niño y el poder ser el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

manipulador de sus padres, sobre todo cuando dichos padres pasan la mayor parte del tiempo fuera del hogar, ya sea por trabajo o por otras ocupaciones. Además resalta que los niños están expuestos a situaciones extremas tanto escolares como familiares que influyen y refuerzan las conductas negativas de los niños.

Vall(1984) asegura, que los niños se pueden volver hiperactivos por lo inadecuado del tipo de tarea, de situación o de proceder que mantiene ciertas expectativas en sus actividades.

Para ampliarlo más, Renshaw (1991), dice que la necesidad de satisfacer sus necesidades primarias, como son el amor, la aceptación, la seguridad y la compañía hacen que los niños respondan de maneras diversas, principalmente aumentando su nivel de actividad, o como se le ha llamado "hiperactividad".

Por su lado Díaz del Guante y Mávil (1993), han considerado que las respuestas o manifestaciones de los niños hiperactivos se deben a la ansiedad o el miedo que provocan ciertas situaciones las cuales evade o mantiene a distancia por medio de conductas tales como la inquietud, la impulsividad, irritabilidad e inatención, pero que terminando estas situaciones el exceso de conducta disminuye. A este tipo de niños, Averswald (en Renshaw, 1991) los consideran como producto de un ambiente desorganizado que lo lleva al fracaso para adquirir el sentido del orden, lo cual se refleja en la incapacidad para organizar las experiencias que le darán el sentido de identidad y en la poca habilidad en cuanto a las relaciones sociales de igual a igual.

Cambiando un poco de perspectiva Moreno(1998) analizó las condiciones de vida, el grado de estudios de los padres, así como su trabajo y el nivel socioeconómico de algunos niños, en este estudio detecto que los niños que provenían de un nivel económico medio o inferior se relaciona directamente con el comportamiento de los niños, aunque aclara que no es un determinante para la aparición de la

hiperactividad, pero afecta de alguna manera, psicológicamente hablando a los miembros de una familia y en su forma de actuar con lo demás.

En general los conductistas se refieren a las causa de la hiperactividad como los estímulos, las contingencias y la historia del reforzamiento de las situaciones. Sin embargo tales explicaciones no estarían completas sin destacar la presencia de factores familiares y de su propia percepción del problema, como lo argumentaron Magnusson (1981, en Taylor,1991)

Herbert (1983) destacó que la vida familiar influye en la hiperactividad, al menos en los casos en donde no se encuentran rastros de lesiones encefálicas o al menos no en un grado determinante como en el caso de la disfunción cerebral, ello las definiciones pueden cambiar debido a los aspectos que se determinan como causas de la hiperactividad.

2.1.2. Definición de Hiperactividad en el Marco Conductual.

En la actualidad existen muchas definiciones que manejan el concepto de la hiperactividad sobretodo de tipo conductual, por ser uno de los más aceptados, cuando se habla de este tipo de trastorno puesto que esta dificultad se cataloga dentro de los problemas de conducta más reconocido, pero no por ello menos polémicos.

Una de las definiciones más reconocidas es la expuesta en el libro de Velasco (1997), la cual radica en tratar la hiperactividad no sólo como el más aparente de los trastornos de conducta, sino como un verdadero estado de movilidad casi permanente, que los padres reportan como algo que aparece desde muy pequeños.

Siguiendo con esta perspectivas Stewart y Wendkos. (1973) refieren a la hiperactividad como un conjunto de rasgos de la personalidad que aparecen

TESIS CON
LA DE ORIGEN

normalmente todos los niños, pero en forma más intensa en cerca de 4% de la población escolar.

Pineda (1992) y Bair & Gordon(1983) explican que la hiperactividad es la clase de conductas motoras y/o verbales de tasa elevada, que por mantenerse por un largo tiempo pueden llegar a ser ignoradas por otras personas, pero no para sus padres. Vall (1984) agrega, que este conjunto de trastornos conductuales es frecuentemente aplicado a niños con alteraciones de aprendizaje y emocionales, además la hiperactividad es un trastorno que se presenta a partir de la evolución del comportamiento del niño en el ambiente y situaciones específicas en que aparecen y por lo tanto destaca la existencia de un patrón de conductas concretas que se manifiesta en respuesta a condiciones ambientales adversas.

Granell (1982) y Farnham (1980) definen a la hiperactividad como un grupo de respuestas dependientes entre sí, fortalecidas y mantenidas por reforzamientos extrínsecos e intrínsecos, generalmente relacionados con la atención inadecuada que recibe el niño de parte de los adultos. Calderón (1990), destaca algunas características o síntomas que presentan los niños hiperactivos, como son:

Cambia de sitio con frecuencia	Desobediente
Se sube a los tejados	No obedece ordenes
Salta sobre los pupitres	Indisciplinado
No piensa en el peligro	Se levanta temprano
Se escapa	No quiere ir a dormir
Exige constantemente	Enuresis nocturna
Se contraria con facilidad	Muchos accidentes
Impaciente	Miente a menudo
No acepta la corrección	Roba dinero
Desafiante	Se mete entre las cosas
Habietas	Es temerario
Pelca frecuentemente	No tiene miedo
Inoportuno y fastidioso	Destruyivo

De acuerdo a estas conductas no se puede precisar o encasillar a un niño, por lo tanto es difícil determinar que un niño pueda coincidir y entrar dentro de este rango determinado (Alvarez, 1999, Slovik, 1999).

Desde luego que todas las definiciones expuestas tienen semejanzas o se complementan, para formar una definición única basada en lo siguiente. Los niños hiperactivos presentan varias actitudes y comportamientos en sobremanera, que producen ciertos desajustes en su vida personal, escolar y familiar. Lleva al niño a ser catalogado por su forma de proceder como un niño problema, lo que conlleva a analizar un poco la forma de evaluar este tipo de conductas para determinar el nivel o grado de hiperactividad, así también para rechazar o aceptar su afiliación a este grupo de niños llamados "NIÑOS HIPERACTIVOS".

2.1.3. Evaluación Conductual para el Diagnóstico de la Hiperactividad.

Para finalizar esta sección se plantearán las diferentes partes en la cual consiste la evaluación que realizan los psicólogos conductuales para la determinación de la hiperactividad.

Se puntualizará que la información que se proporciona para la evaluación es la que es percibida, por los principales afectados, como lo son: los padres, el maestro y principalmente el niño.

La evaluación generalmente se divide en tres aspectos, los déficit de atención, el nivel de actividad motora y el comportamiento general del niño en el medio natural. Esto se realiza por medio de pruebas psicológicas para detectar deficiencias perceptivas y métodos mecánicos que registran el nivel de actividad en situaciones específicas.

También se realizan entrevista y escalas de evaluación a los adultos relacionados con el niño, concretamente la evaluación se dirige al diagnóstico de las siguientes áreas:

- Estado clínico del niño. Se refiere a los comportamientos alterados que presenta actualmente el niño
- Nivel intelectual y rendimiento académico. Esta información se recauda por medio de los informes que proporcionan los maestros, la cual incluye no solo la parte conductual de comportamientos específicos, sino también incluyen sus las actividades en las que se desenvuelve con tenacidad y otra son las que le cuesta trabajo interactuar.
- Los factores biológicos, se evalúan para analizar las relación de lo físico y así poder establecer posibles signos neurológicos u otros síntomas neurológicos.
- Condiciones sociales y familiares, principalmente se toma en cuenta los comportamientos de sus miembros, relaciones familiares, tamaño, tipo de vivienda factores o acontecimientos que parezcan desencadenar los conflictos, etc.
- Influencia del marco escolar; debido a las diferencias que se presentan en los caracteres de los profesores y las normas de cada institución.(Taylor, 1991)

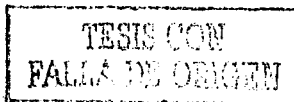
Algunas de las entrevistas que contienen algunos o todos los criterios descritos, y además son reconocidas y aceptadas por los psicólogos clínicos o educativos son:

-La Pauta De Entrevista Para Padres. Tiene 78 preguntas.

-La Información Diagnostica General. Contiene 59 preguntas.

-Entrevista semiestructurada diseñada por Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg en 1986, conocida como Informe Parental de Síntomas Infantiles. Evalúa el comportamiento del niño en casa.

-Escala de hiperactividad. Incluye cuestiones sobre los síntomas primarios del trastorno.



-Entrevistas Diagnósticas Para Niños y Adolescentes. La cual se ajusta a los criterios del diagnóstico del DSM III-R y el DSM III y DSM IV.

Todas las entrevistas arriba mencionadas son instrumentos aplicados a los adultos con el fin de determinar el entorno que rodea al niño. Ahora los siguientes instrumentos están hechos para evaluar a los niños ya sea por acción directa o por mediación de sus padres y sus maestros.

Las escalas utilizadas para dicho fin se diferencian según su contenido específico o general respecto a la hiperactividad.

- o Escalas diseñadas específicamente para evaluar este trastorno.

Dentro de estas escalas se encuentran:

El cuestionario de conducta en la escuela; El cuestionario de conducta infantil; El cuestionario para maestros y El cuestionario para padres y uno de los más conocido. El cuestionario de hiperactividad de Werry, Weiss y Peters, permitiendo evaluar el funcionamiento del niño en actividades diarias. (Kinsbourne y Kaplan, 1983)

- o Escalas de contenido más amplio, para evaluar comportamientos u otros trastornos relacionados con la hiperactividad.

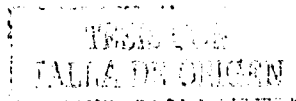
En estos están.

La escala de evaluación de autocontrol que consta de 33 ítems.

Cuestionario de problemas comportamentales en preescolar con 36 ítems, referidos a tres áreas de comportamiento, hostilidad /agresividad, ansiedad e hiperactividad.

- o Cuestionario de problemas de conducta para preescolares, Consta de 59 ítems referidos a la hiperactividad /déficit de Atención, falta de control /irritabilidad y agresividad.

Escalas de factores positivos de la socialización y escalas de hábitos perturbadores de la socialización, (Calderón, 1990 y Renshaw, 1991),



Por consiguiente se presentaran algunos instrumentos que se ocupan para directamente con los niños. Entre estos se encuentra La escala de inteligencia de Weshler para niños (WISC). El test Gestáltico visomotor de Bender, test de desarrollo de percepción visual de Frosting y el test del laberinto de Porteu.

- o La prueba de DSM IV, es la más reconocidas para la valoración de este tipo de problemática y contiene los siguientes criterios:

INATENCIÓN (3 de los siguientes como mínimo).

- No terminar lo que empieza.
- A menudo no parece escuchar.
- Se distrae fácilmente.
- Tiene dificultad para concentrarse en su trabajo escolar o en otras tareas que se requieren atención mantenida.
- se le dificulta perseverar en una actividad de juego.

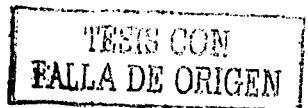
b)IMPULSIVIDAD.

- A menudo actúa antes de pensar.
- Cambia excesivamente de una actividad a otra.
- Tiene dificultades para organizar su trabajo.
- Necesita mucha supervisión.
- A menudo grita en clase.
- Tiene dificultades para esperar su turno en juegos y/o situaciones de grupo.

c) HIPERACTIVIDAD.

- Corre, se sube a los muebles excesivamente.
- Se le dificulta sentarse quieto o se mueve constantemente al estar sentado.
- Se le dificulta permanecer sentado
- Se mueve mucho durante el sueño.
- Siempre esta en movimiento, "parece que tiene motor".

d) APARICION ANTES DE LOS 7 AÑOS DE EDAD.



e) HA DURADO AL MENOS 6 MESES

NO SE DEBE A ESQUIZOFRENIA, RETARDO MENTAL O TRASTORNOS AFECTIVOS.

Otra forma de evaluar es por medio de las observaciones conductuales que consisten en asignar las diferentes conductas observadas en categorías distintas, como ejemplo de los instrumentos utilizados para dicho propósito esta.

El Código de observación de conducta en el aula de Abikoff y Gittelman. (en Renshaw, 1991).

En la actualidad se han realizados estudios que están bajo experimentación en los cuales se evalúan otras técnicas de diagnósticos como son el oscilómetro, (cojines sensibles a la presión), el actómetro, (una especie de reloj de cuerda que se ajusta al brazo o pierna del niño) y las células fotoeléctricas, estos sirven para medir el nivel de actividad del niño, (Renshaw, 1991).

Por lo que se puede apreciar los procedimientos de evaluación son muchos y muy variables, algunos son muy específicos y detallados que actualmente simplifican las especulaciones acerca del diagnóstico de este tipo de niño. Sin embargo no todos los instrumentos anteriormente presentados están en disposición y en el caso de México son muy difíciles de adquirir lo cual implica un obstáculo para el diagnóstico de estos niños.

Resumiendo se podría decir que los niños hiperactivos presentan conductas que reflejan problemas de diversos tipos y en diversos ámbitos de su propia vida, debido a los excesos conductuales que intervienen y desencadenan otras dificultades que suelen confundirse y llevar a incluirlos dentro de los otros términos ya expuestos,

Por ello se ha hecho indispensable cada vez más un diagnóstico minucioso para poder determinar bien las causas y el tratamiento, el cual se verá posteriormente. Así pues para los conductistas el término de hiperactividad, las causas y la evaluación esta en dirección a la conducta que presenta el niño y lo que se desprende de ello.

2.2.Enfoque Sistémico.

En estos tiempos los Psicólogos experimentan una búsqueda que implica no solo el tratamiento externo de los problemas de la hiperactividad, sino contrarrestar el problema desde su etiología, en este sentido se ha desarrollado un enfoque, que explora más a fondo estos orígenes o la sintomatología de esta problemática.

Este es, el Modelo Sistémico el cual se basa en la teoría de los sistemas siendo los siguientes sus principios básicos:

Todo sistema pertenece a otro sistema mayor, llamado supersistema.

Los sistemas tienen características particulares en donde es importante el todo, que la suma de las partes.

Los límites son semipermeables

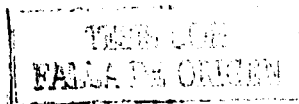
Los mecanismos de comunicación y retroalimentación son importantes entre las partes del sistema para el adecuado funcionamiento del mismo.

Todo sistema es capaz de autoregularse mediante los mecanismos de retroalimentación positiva y negativa.

Todo organismo vivo es un sistema abierto y activo que cambia y crece.

El cambio es uno de los elementos del sistema que lo afectan en su totalidad y no en algún elemento en particular.(López, Ríos y Sánchez p.p.86, 1995)

Cuando terminaron las bases de la teoría se formularon ciertos conceptos que en la actualidad ayudan a explicar el funcionamiento de las familias, con el fin de



encontrar las los posibles desajustes que conllevan a las problemáticas, por las cuales, las familias acuden a pedir un servicio.

Tales conceptos fueron presentados por Barker (en López, *ibidem.*) de la siguiente manera.

- Retroalimentación: es la influencia que ejerce un sistema sobre otro, ya sea en forma positiva o negativa y esta orientada a mantener la homeostasis.
- Homeostasis. Es la habilidad de los sistemas abiertos para mantener un equilibrio o estabilidad.
- Causalidad lineal, este término se utiliza cuando un evento es causa de otro.
- Causalidad circular. Es la relación compleja de interacciones mutua entre ellos elementos de un sistema, los cuales influyen y son influidos entre sí, por lo que se transforma en un sistema vivo.
- Estado de equilibrio y la capacidad de cambio. Este se da en dos procesos, el primero es involucra todos los mecanismos que mantienen el equilibrio del sistema. En el segundo intervienen todos los procesos de cambio dejando un nuevo y diferente balance homeostático dentro del sistema.
- Reglas. Son aquellos patrones relativos que se establecen en un sistema para regir el comportamiento de cada uno de los subsistemas.

En suma la teoría de los sistemas considera que la organización de un ser vivo, (en este caso la de los niños), no puede ser analizado sin un visión completa de él. Puesto que una persona no es un ser estático, además es diverso y mantiene un continuo intercambio de información con su entorno. (Barragán, en: Guerin y Jr. 1976, p.p.235)

2.2.1. Concepto Sistémico de la Hiperactividad.

Como se explicó el modelo Sistémico tuvo sus orígenes en el planteamiento de que los seres humanos dependen de sistemas y subsistemas que generan interacciones, las cuales no siempre actúan en forma adecuada.

Este es el caso de la hiperactividad, la cual es definida por algunos autores del enfoque como aquellos niño difíciles de controlar, con actividad motora intensa, breves periodos de atención, distractibilidad, impulsividad, facilidad para reaccionar con violencia e incapacidad para demorar la satisfacción. Estas manifestaciones van generalmente acompañadas de bajo rendimiento escolar pese a la inteligencia normal. Destacando de sobremanera que este tipo de hiperactividad solo es en base a cuestiones psicológicas y excluyendo aquellas que intervienen factores biológicos.(Espinoso y Gonzáles, 1997).

Otro concepto es el expuesto por Slovik (1999), quien asegura que la hiperactividad, son las conductas que se presentan en el momento que debe seguir lineamientos específicos de orden y disciplina y cuando ha de permanecer en actividad armónica con el grupo.

Sin embargo todavía no hay una definición o conceptualización propia del modelo, debido a la división y limitación del concepto de conducta y el de comportamiento, que manejan algunos autores.

Como Rasserk y Ardjomano (1965), quien define el comportamiento como la manera que tiene un individuo de actuar en una circunstancia dada, como un reflejo.

En cuanto a la Conducta, la definen como un comportamiento consciente, es decir son las reacciones del sujeto frente a la acción primaria y a su propia acción y constituyen las regulaciones de este Por esta causa, solo existen adaptaciones a las presentadas por el modelo conductual, no por ello, quiere decir que no se hagan investigaciones en este campo con características que prescriban los parámetros del modelo sistémico, sobretodo en lo que se refiere al tratamiento y evaluación de las causas que provocan este problema..

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2.2. Causas u origen de la Hiperactividad desde el Enfoque Sistémico.

Muchas veces se ha escuchado una relatoría como la siguiente para la explicación de los problemas que presenta un niño.

"El niño por lo general se siente rechazado, frustrado y empieza a percibir su entorno en términos de agresión y de amenaza, razón por la que puede convertirse en una persona resentida, inconforme y por ende, rebelde, enojada y opositorista, hasta tal punto, que finalmente desarrolla un trastorno severo de conducta y se afecta la estructura de su autoestima". (Slovik, 1999 p.p.40).

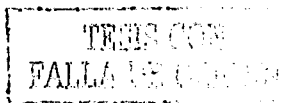
Sin embargo en este enfoque se analizan afondo estas expectativas no solo para que se quede en la casi definición de un niño con problemas conductuales, sino para detectar perfectamente los marcos de interacción y la posible solución de este problema.

Así pues se han planteado diversas investigaciones que se han realizado bajo este enfoque lo plantean varios ejes hacia los cuales se inclinan más la problemática familiar. Estos parámetros son:

- a) El estudio de las características psicológicas y sociales de los padres de niños hiperactivos.
- b) El estudio de la interacción entre la madre y el niño.
- c) El estudio de las relaciones maritales entre los padres de estos niños.

En estas investigaciones se ha encontrado que la hiperactividad se presenta por diversas causas, tales como:

- Hogares rotos o con conflictos maritales importantes (Con referencia a desacuerdos) Lo anterior se puede relacionar con lo mencionado por Minuchin en su libro de Terapia Familiar (1984), acerca de cómo la familia forma un "cuadro" sobre sus miembros y se relaciona con ellos asignándoles papeles que poco a poco se van haciendo rígidos, limitando con ello el repertorio conductual de cada uno de ellos.



- Familias con relaciones débiles, con muchos cambios de figuras parentales y con dificultad para establecer lazos interpersonales. Y estrategias de comunicación
- Dificultades en la disciplina, falta de reglas, problemas para regular emociones, inconsistencias frecuentes y la poca capacidad para resolver conflictos.
- Modelos parentales y sociales inadecuados.
- Falta de motivación por parte de los padres y más presión en cuanto a los niveles educativos(Alcocer,1987)
- Falta de organización en las jerarquías.
- Existen deficiencias en las funciones ejecutivas correspondientes al subsistema parental.
- Tienen a inclinarse a los extremos en cercanía física y emocional maltrato - desapego volviéndose un ciclo de frustración y culpa que oscila entre padres e hijos,(Alvarez, 1999, Espinosa y Gonzáles, 1997)

Todas estas causas pueden relacionarse entre si para formar una dinámica familiar. Pero no necesariamente se presentan todas al mismo tiempo, Además cabe aclarar que todavía continúan investigando más acerca de las posibles causas de este comportamiento.

De cierta forma el enfoque sistémico se ha enfocado en la estructura de la familia como base principal para la evaluación y diagnóstico de los niños que presentan no solo hiperactividad sino también problemas de conducta en general. Así pues A continuación se presentará el modo de evaluación en el enfoque sistémico.(Montalvo y Soria 1997)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2..3. Evaluaciones para la Hiperactividad en el Enfoque Sistémico.

Para finalizar este enfoque se presentará el modo en como los Psicólogos sistémicos evalúan la problemática de la hiperactividad y en general los problemas que presentan los niños con dificultades de cualquier tipo;

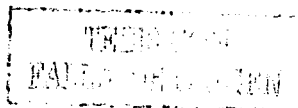
Algunos autores advierten que por el carácter complejo de todos los componentes constitucionales y de experiencia en el desarrollo infantil y las múltiples variables presentes en la relación entre el niño y su ambiente hacen muy difícil la tarea de hallar un término medio entre las categorías diagnósticas incompletas y excesivamente simplificadas que son de uso corriente en la Psicopatología infantil. Por tanto la práctica clínica es la que los ha llevado a presentar de una forma breve el tipo de diagnóstico que se lleva a cabo en esta área.

El primer paso para la evaluación es una entrevista de tipo familiar, la cual es llamada "Entrevista familiar de estimación amplia oportunidad", basada en seis pares de actitudes de interacción padre e hijo, polarmente opuestas, estas son:

- | | |
|------------------------------------|--|
| -Aceptación de amor | -Barrera de rechazo entre el afecto |
| -Promoción de una autonomía mutua. | -Promoción del control y la dependencia -- |
| -Buen condicionamiento. | -Mal condicionamiento para la frustración |
| -Estimulación adecuada | -Sobre- o sub estimulación |
| -Protección adecuada | -Sobre o sub protección. |
| -Coherencia | -Incoherencia. |

Con esta escala conceptual de conductas de los padres se puede obtener mayor información de ambos padres que permita mejores expectativas para el diagnóstico de casi toda la dinámica familiar. Aunque no se deja de reconocer que existe la posibilidad de obtener información por medio de entrevistas por separado, o solo a los niños. (Koffman en Ackerman, 1981).

En otros aspectos la entrevista explora varias situaciones como son:



Las interacciones entre padre- hijo.

Las interacciones madre -hija

Los roles

Secuencias de comunicación

Funciones de cada uno de los miembros de la familia

Alianzas

Coaliciones

Jerarquias y

Acontecimientos del contexto familiar (Psicología Universidad Iberoamericana, 1994).

Durante la entrevista se recomienda observar al niño de forma indirecta para corroborar la dinámica familiar y el modo en como interactúan los miembros de la familia(Bair &Gordon, 1983).

La entrevista puede ser en varias etapas y no sólo sirve para diagnosticar a el niño hiperactivo, también se ocupa como parte de un posible tratamiento. Como se podrá ver en el siguiente capítulo.

Como se pudo notar las evaluaciones que se presentaron en este apartado difieren mucho de los que se hace en el enfoque conductual debido a las estructuras de cada corriente y del trabajo acerca del problema de la hiperactividad, también la forma de evaluar cambia, Pero no por ello los partidarios del enfoque sistémico pasan por alto estas estrategias para reunir datos obtenidos a través de la entrevista y la observación.

Para terminar el capítulo es necesario hacer cierto hincapié en la utilidad de comparar no sólo los tratamientos que se utilizan en estos dos enfoques el cual es el objetivo de esta tesis; a la vez dar un panorama general de sus conceptos, evaluaciones y sus puntos de vista acerca de las causa u orígenes de un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

problema como la hiperactividad, ya que de ello depende el tratamiento que se proponen aplicar bajo cada corriente y tener la oportunidad de discutir más adelante la eficacia o no de cada maniobra para la ayuda brindada por cada enfoque o para ampliar un tanto las expectativas que ya se tienen de dichos modelos en el uso practico de la Psicología .

CAPITULO III

MANEJO DE LA HIPERACTIVIDAD

CAPITULO III

MANEJO DE LA HIPERACTIVIDAD

En los capítulos anteriores se ha hecho una revisión de la hiperactividad en tres disciplinas (Medicina, Pedagogía y la Psicología), la cual ha estado encaminada a dar un panorama general del concepto, causas, diagnóstico y algunos tratamientos que son utilizados para solucionar la problemática que aquí se ocupa. En el presente capítulo se retomarán los métodos terapéuticos utilizados por la Psicología para el tratamiento de la hiperactividad.

Se comenzará con los parámetros que son tomados en el conductismo y algunas técnicas que se utilizan en esta teoría.

Como primer punto se mencionará que las terapias propiamente psicológicas se dan a raíz de que los niños y adultos que presentaban esta problemática presentaban lesiones encefálicas, las cuales tenían consecuencias, no solo en el ámbito de la conducta, sino también de la percepción, la memoria, y otras áreas,

Por ello en la década de los sesentas se produjeron muchas técnicas de estímulo-respuesta que integraron programas para la reeducación de dichas fallas en el ámbito escolar. Principalmente para la retención de la atención. (Benjumea y Mojarro, 1992)

3.1 Enfoque Conductual.

Las personas manejan el conductismo en su vida diaria y es tan cotidiano que puede pasar desapercibido, es decir piensan a que todo acto corresponde un efecto y estos hechos se producen por estímulos. Por esto muchos padres y maestros encuentran en esta corriente una terapia viable para la "cura" de la hiperactividad.

Así las conductas son consideradas como los estímulos a los que han que dar un refuerzo positivo o negativo según sea el caso y así ir modificando las conductas de los niños.

Como se pudo notar el razonamiento es lógico, si se toman en cuenta las bases iniciales del conductismo Sin embargo muchos autores opinan que el conductismo ha cambiado en el lapso de 20 años, durante los cuales ya no solo se toman en cuenta el paradigma estímulo- respuesta -consecuencia, por el contrario, en estos tiempos los seguidores de esta teoría, han buscado otras técnicas que incluyen o parecerían que son de otras teorías, como se mostrará en este capítulo.

Estas técnicas están más enfocadas al interior de los procesos de la conducta, tal es el caso de las técnicas cognitivo-conductuales manejadas por Sydney (traducido por. Becerra, 1987).

Una de las justificaciones de estas técnicas es la propuesta por Caballo en 1991, la cual se basa en decir que la conducta esta basada en la cognición en mayor o menor medida. Lo anterior será ampliado más adelante.

A continuación se presentará un esquema en donde se condensaran algunas técnicas que son utilizadas en el conductismo, tanto el básico como el cognitivo-conductual.

CUADRO 2. TÉCNICAS DE INTEVENCIÓN EN EL CONDUCTISMO

CONDUCTISMO	
CONDUCTISMO CLÁSICO	
La extinción	
El castigo	Presentación de un estímulo contingente
	El retiro de un reforzador positivo contingente
	Observacional
	Tiempo fuera: La exclusión
	El aislamiento
	Costo de la respuesta:
	RDB
	Reforzamiento de tasa cero
	Control del estímulo para no
COGNITIVO-CONDUCTUAL.	
Las autoinstrucciones	
La sobrecorrección: Restitución y Práctica positiva	
La relajación:	Tenso- relajación
	Aflojamiento directo
	Relajación diferencial
	Relajación por medio de la conducta sensorial
	Por inducción hipnótica
Desensibilización Sistemática.	
Y Autocontrol	

En este cuadro se explican las técnicas más usuales en el enfoque conductual, en caso de problemas conductuales como lo es la hiperactividad.

3.1.1 Conductismo Clásico

Para precisar un poco la información concentrada en el cuadro anterior se presentan las técnicas más utilizadas en el conductismo clásico.

- La extinción es probablemente el método más usado para disminuir la conducta, consiste en determinar las conductas que se van a reforzar y luego eliminar el reforzamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- El castigo, es una técnica que no esta muy bien aceptada porque aseguran, puede convertirse en un estímulo condicionado aversivo haciendo que la persona opte por evitarlo o escape de él, o quizás que la persona que lo este aplicando se convierta en el estímulo aversivo y tal vez provoque una perturbación emocional.

El castigo puede ser de dos formas:

- a) La presentación de un estímulo contingente a una respuesta y
- b) La retirada de un reforzador positivo contingente a una respuesta.

Así mismo hay dos tipos generales de suspensión de un reforzador-positivo.

1. **TIEMPO FUERA:** Consiste en retirar a un niño de un ambiente reforzador para colocarlo en otro que no lo es, por un periodo de tiempo limitado y específico. Este alojamiento puede en efecto disminuir la conducta blanco.

De esto existen tres tipos básicos de tiempo fuera:

- ❖ **Tiempo fuera observacional.** Es propiamente donde se le retira al niño de una situación de refuerzo, bajo la cual al niño le toca observar la conducta correcta entre los miembros del grupo original.
 - ❖ **La exclusión** es un procedimiento en el que el alumno deja una situación de reforzamiento por una que se supone no lo es, sin que el niño observe a su grupo
 - ❖ **El aislamiento** es la separación del niño de una situación reforzante pero en un cuarto alejado por un breve periodo de tiempo
- Este tratamiento es utilizado principalmente para controlar la agresividad. (Walker, y Sheg, 1998)
2. **COSTO DE LA RESPUESTA.** Otro método para impartir refuerzo positivo, consiste en suprimir una determinada cantidad de un reforzador después de una respuesta específica. Principalmente si previamente se ha establecido un programa de economía de fichas que se explicará posteriormente.
- **Reforzamiento diferencial de tasa baja y de tasa cero (RDB).** Esta técnica se basa en presentar el refuerzo solo cuando la respuesta objeto ocurre son una tasa baja, la forma más común de administrar o establecer un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

programa de RDB, Este se basa en presentar el reforzamiento al final del intervalo de tiempo específico, durante el cual el número de casos de la respuesta objetivo es menor de un cantidad determinada..

El otro reforzamiento de tasa cero, consiste en presentar el reforzamiento cuando no se dan las respuestas en cierto periodo de tiempo.(Walker y Sheg)

Una variación de esta técnica es cuando se refuerza una conducta alternativa.

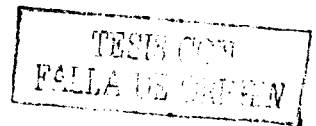
- Control del estímulo para no responder. El reforzamiento es de tipo social y se brinda al individuo cuando la conducta no ocurre en lugares o situaciones inapropiados. La anterior es una de las técnicas más utilizadas en el plano social.

En 1982 Granell aplicó un programa de tratamiento, dentro de una escuela, a cuatro niños hiperactivos, este consistía en reforzar respuestas socialmente aceptadas, asociando un programa de extinción para los estímulos perturbadores, detectando cambios positivos en el comportamiento de los niños.

En un contexto extrafamiliar y escolar, Greene y cols (en Moreno, 1991), aplicaron un programa de reforzamiento para disminuir las conductas perturbadoras de 44 estudiantes que viajan en una ruta de transporte escolar.

El refuerzo era escuchar música de su elección durante el viaje. Los resultados fueron notables en cuanto a las conductas disruptivas de pararse de su lugar, cambiando así mismo la actitud del conductor al disminuir su número de intervenciones para calmar al grupo,(Moreno,1998).

- Por último se señala que la saciedad, es una disminución o eliminación de una conducta inaceptable como resultado de un reforzamiento continuo y en aumento.



3.1.2. Cognitivo Conductual.

Otras técnicas conductuales, que ya se pueden considerar de la nueva generación de los conductuales- cognitivos. Son las que se utilizan en cuestiones más sociales, como son: (Hernández, 1996)

-Las auto-instrucciones. Consiste en el mejoramiento de la conducta por medio de enseñarles a instruirse a sí mismos para que se centre la atención en un trabajo específico.

En algunos casos se dan contra-instrucciones para la auto-instrucción de conductas más apropiadas. En el caso de los niños hiperactivos este mecanismo funciona en la escuela para disminuir su actividad, y mejorar su rendimiento académico.

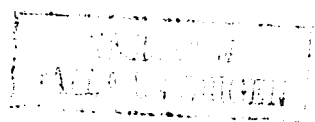
Un ejemplo de esta técnica es la que presenta Borstein y Quevillón, en un estudio donde algunos niños hiperactivos, fueron instruidos para que practicaran su auto-instrucción en la tarea específica en la cual ellos tenían que poner atención y determinar cual sería su estrategia para realizarla.(en Hernández,1996)

La auto-instrucción tiene la importante ventaja sobre los controles que se han aprendido. se mantengan y se generalicen. (Ross,1997).

-Sobrecorrección Es un método eficaz para enseñar a alguien a no realizar conductas inapropiadas que den como resultado una situación poco satisfactoria.

Existen dos tipos de sobre-corrección,

a)Restitución, consiste en corregir más componentes de la situación de los que fueron perturbados por la conducta inapropiada.



procedimientos están basados en el castigo y en el reforzamiento negativo descritos antes.

Una de las técnicas conductuales con más controversia es la relajación y todas sus variaciones, sobre todo en el tratamiento de los niños ya que se piensa que esta técnica no se basa en los principios conductistas y además se cree que los niños no logran enfocar su atención, por lo tanto no daría efecto la relación.

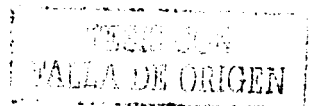
Sin embargo, Godfried & Davison (1981) aclaran que la relajación se centra principalmente en la exploración de la concepción de Watson, según la cual los pensamientos y sentimientos se localizan en la musculatura periférica. Además la noción del uso de la relajación proviene del interés en la meditación trascendental y se relaciona con los intentos de controlar la ansiedad y generar un sentimiento de bienestar mediante la relajación y la complementación serena.

Para efectuar la relajación se necesitan ciertas condiciones físicas:

- o Ambiente tranquilo.
- o Iluminación
- o Espacio específico
- o Ubicación del terapeuta
- o Tono de voz

Durante la preparación de la relajación debe haber confianza para que la relajación sea más rápida y con menos dificultades sobre todo porque la relajación es recomendada para pacientes que tienen un alto nivel de ansiedad. Por lo tanto esta técnica ofrece una alternativa para disminuir la ansiedad típica de los niños hiperactivos.

- ✓ La técnica de tensión-relajación consiste básicamente en tensar cada grupo de músculos durante cierto tiempo y luego tener un aflojamiento. Si el paciente tiene conocimientos de relajación previa se puede utilizar:
- ✓ Relajación por medio del aflojamiento directo, en esta, la relajación es más rápida, ya que el paciente suele experimentar el deseo de intentar el



alojamiento sin ponerse previamente en tensión muscular teniendo mayor control sobre su propia respiración.

- ✓ **la relajación diferencial**, se refiere a la relajación de músculos que no son esenciales para realizar de una determinada actividad. Lo fundamental es que las personas aprendan a identificar los músculos que no son necesarios que estén tensos en un momento dado para después relajarlos poco a poco.

El terapeuta debe dejar ejercicios para su casa con el fin de reafirmar el conocimiento y posteriormente podría relajarse en situaciones de verdadera exigencia o angustia.

Esta técnica sirve para controlar el alto grado de tensión ansiosa sobre todo en los niños hiperactivos.

- ✓ **La relajación por medio de la conducta sensorial**, consiste en plantear al cliente una serie de preguntas, que debe responder a solas, sobre lo que experimente o no en un momento dado.
- ✓ **Otra técnica es la de la relajación por inducción hipnótica**, esta puede comenzar con los procedimientos que se llevan a cabo en la relajación muscular, lo único que debe hacer el terapeuta es que no vacile en sus decisión de implementar esta técnica porque los pacientes podrían experimentar aprensiones cuando está por ser hipnotizado.

La relajación en si tiene no solo ciertos resultados a corto plazo, sino que ayuda a emplear otras técnicas para el tratamiento de los niños hiperactivos.

Ejemplo de las técnicas de relajación son las investigaciones que reportan Omiro y Michael en 1982 en la cual compararon la efectividad de la relajación sobre tareas que exigían atención entre 32 niños hiperactivos y 32 controles en ella se observo diferencias significativas entre el test y el retest con respecto al tiempo de reacción del grupo hiperactivo disminuyendo la impulsividad y el número de los errores en las tareas. A los niños hiperactivos se les instruyó para que ellos mismos controlen su estado de relajación

mediante la percepción de señales auditivas de un electromiógrafo portátil.
(Moreno)

Otro ejemplo es el que realizaron Orjales, Villar y Polaino, (1994) en el cual se trataron de evaluar las diferencias en estilo atribucional y autoestima de niños con desordenes por Déficit de atención con hiperactividad y dos grupos controles, ya definidos en cuanto a su nivel de autoestima, se mezclaron y dividieron en dos grupos a los cuales se les implemento un programa cognitivo-conductual que incluían técnicas de relajación, estrategias de solución de problemas, entrenamiento en estrategias sociales, auto-evaluación y al otro un programa de refuerzo de los aprendizajes básicos. En los cuales solo se pudo notar que el grupo que se trato con la intervención cognitivo conductual, mostró una tendencia a la externalización de sus incomodidades.

Otra de las aplicaciones de la relajación se muestra en un estudio que realizaron Rangil, Trancho, Jorquera y Gasto. (1996), en las recaídas que tienen pacientes esquizofrénicos con un alto nivel de emoción expresada, en la cual se aplicaron programas de relajación y de resolución de problemas.

Los resultados indicaron que la aplicación de la técnica de resolución de problemas y de relajación da resultados positivos después un mes, pero no pueden establecerse conclusiones a largo plazo, ya que el objetivo fundamental de taller era la aportación teórica y practica que deberían ser potenciadas en una orientación familiar individualizada, realizadas con posterioridad en todos los casos.

Otro programa múltiple es la desensibilización sistemática, la cual parte de la relajación y posteriormente debe imaginar una serie de situaciones cada vez más aversivas, en tal caso si presenta una excesiva ansiedad, podrá con ayuda del terapeuta imaginar una serie de circunstancias que representarían el modo en el que no afecte el hecho de la tensión.

TRINIS CORRI
FALLA DE ORIGEN

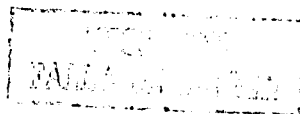
El refuerzo, en forma de alabanza por parte del terapeuta, es contingente con las conductas de una aproximación cada vez más y con los periodos de exposición, ente los estímulos temidos, cada vez más largos. Se puede ver que el procedimiento se compone, en general, de moldeamiento, desvanecimiento y extinción del castigo.

Por último, está el autocontrol, este se lleva a cabo, utilizando métodos operantes de tal manera que podría hacerlo la misma persona. Sin embargo no estarían castigándose o retirándose el reforzador.

Un modo de efectuar este procedimiento es entablar un compromiso en el que se coloca el refuerzo y el castigo fuera, sin tomar opinión de los pacientes.

Otra forma de proporcionarlos en un programa de autocontrol, consiste en dibujar o hacer gráficas de la conducta objetivo. Siendo este uno de los más eficaces ya que los números son reforzantes por sí mismos. A pesar de ello algunos autores como. García (1992) aseguran que esta técnica no tiene efectos duraderos y cuando esta en situaciones reales. Por ello se recomiendan aún los estimulantes para la atención de niños con déficit de atención con o sin hiperactividad.

Así pues las técnicas aquí presentadas pueden ser complementados o mezclados para establecer programas de entrenamiento a padres como los que describe Caballo (1991), en los cuales se mezclan las técnicas de la auto-instrucciones con otros procedimientos cognitivos, cuyo objetivo sea modificar las verbalizaciones naturales del sujeto o en algunos casos, implantarlas cuando no son evidentes, como en el caso de los niños hiperactivos. Las técnicas a las que se refiere son el autocontrol, la solución de problemas, la reestructuración cognitiva etc. Goldenberg y Goldenberg (1990).



En resumen, las técnicas de origen conductual refleja una imagen individualista. Sin embargo en casi todas las ocasiones se necesita la ayuda no solo de los padres, sino también de los maestros y de todos los que rodean al niño.

Aunque estos se manejen solo como monitores de las conductas que se desarrollan en el tratamiento. Lo cual representaría una dificultad para obtener buenos resultados, debido a que se podría considerar un mal uso humano, en cuanto a la limitación de actividades y oportunidades de intervención que se pudiese tener con los niños hiperactivos. Otra contrariedad es la falta de control sobre los estímulos extraños que puedan presentarse (influencias ambientales) durante el proceso terapéutico.



3.2. Enfoque Sistémico

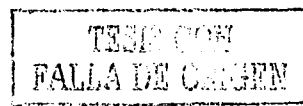
Desde hace algunos años se están experimentando técnicas de intervención para solucionar problemas infantiles, las cuales se desprenden de la Teoría de los Sistemas, en ellos se propone una participación más profunda de la familia en la terapia no solo como monitor, sino también como un factor más que hay que, modificar.

Lo anterior se basa en una teoría propuesta por Haley (1988,p.59), la cual asegura que " los niños con problemas de conducta son solo el síntoma de la problemática familiar y a menos que se cambie ese entorno, este no podrá mostrar un cambio perdurable", sobre todo si se trata de niños que no tienen ningún deterioro físico, hablando principalmente de la hiperactividad

Uno de los teoremas que los terapeutas familiares difieren más ampliamente de los psicodinámicos y de los conductuales es el supuesto de que el individuo no constituye una unidad sobre la cual debería concentrar la terapia:(Haley en Fishman y Rosman, 1988.p 59)

Para los terapeutas familiares se incluyen al menos una diada en sus programas de intervención, pero frecuentemente piensa en términos de triadas y/o unidades más grandes.

El primer aspecto que se toma en cuenta para la realización de la terapia sistémica es sin duda el manejo del terapeuta hacia los niños, sobre todo si se trata de aquellos pequeños que son difíciles, ya que estos, son particularmente sensibles a la tensión que sufren los padres en el lapso de la terapia, la cual manifiestan de formas diversas(en forma de una acción graciosa y divertida o quedándose quietos y tristes, así también pedirán ir al baño una infinidad de veces o algunas cosas más).. Por ello la eficacia y tenacidad con la que el terapeuta aborde a estos niños serán de suma importancia en el transcurso, no solo de la evaluación, sino del proceso terapéutico (Carpenter y Ieacher, 1993)



Con respecto a lo anterior es preciso aclarar que los terapeutas familiares siguen los enfoques para la aplicación de sus técnicas en varias formas, de las cuales solo se retomaran dos: **Estructural y Estratégica.**

La primera es la **ESTRUCTURAL** que persigue modificar las interacciones y de este modo cambiar la conducta del paciente identificado.

El segundo enfoque es el **ESTRATÉGICO** en el cual los terapeutas diseñan una técnica para cada problema. Centrándose en el estudio de los procesos que representan los sistemas o conflictos, observando y explorando el conjunto de interacciones repetitivas que configuran el tipo de interacciones entre las parejas o las familias actualmente. Además de intervenir en el plano de los niveles jerárquicos de los padres y los niños. (Madanes, 1993 & Passache, Benadretti, Brossiurs, Staferelli y Campos, 1992)

También es importante aclarar que el enfoque sistémico separa a las familias funcionales de las disfuncionales (familias que tienen deficiencias en su estructura o en su funcionalidad, las cuales tienden a ser rígidas y estáticas en las soluciones), en las cuales se clasifican los niños con problemas de conducta. (Bautista, 1995).

Esto se ha hecho necesario para la realización de la evaluación y el posterior tratamiento de los niños y sus familias. Sobre todo cuando se va a comparar ciertas actitudes o capacidades en diversos aspectos de la terapia, tales como: resolver problemas, el clima emocional, la capacidad de cambio durante el curso del ciclo vital familiar, la capacidad para equilibrar la proximidad y la diferencia en las relaciones intra-familiares y el establecimiento de límites generacionales funcionales. Por lo tanto la familia considerada como una organización dinámica, en continuo crecimiento y cambio, no puede admitir un diagnóstico fijo, este debe reevaluarse y cambiar sobre la marcha.



Por ello en la terapia sistémica se plantean ciertos criterios generales, que deben ser tomados en cuenta para implantar técnicas de intervención y de la misma forma sirvan de evaluación. Estas son:

- o Las expectativas de los padres de origen, para la transmisión de sus tradiciones y cultura.
- o Las historias individuales de cada padre de familia en cuanto a su carácter y temperamento, por las diferencias interpersonales que puedan interferir en el proceso terapéutico.
- o Los procesos de acomodación mutua ante la asimilación de la llegada del niño y antes de ella, la cual influye en el balance de la autonomía como personas y la acomodación de matrimonio, esto es contemplado principalmente porque de ello depende la relación con sus hijos. Sobre todo cuando se trata de la negociación de las reglas y de los límites.

Dichas prioridades son diversas en cada familia sobre todo si se tiene un paciente identificado, en el cual se centra la familia, como lo es el niño hiperactivo.

Estas familias tienden a actuar de formas diversas. Ya sea que se vuelvan actores pasivos, dejando a otra persona a cargo de resolver el problema o bien se mantienen involucrados en el intento de lucha por modificarlo y así dejan sus problemas maritales, los cuales son muchas veces el origen del problema.

(Madanes)

Además se pueden formar triangulaciones entre varios miembros de la familia, principalmente entre el hijo y el papá o el hijo y la mamá, con ello se afecta la eficacia de los límites y reglas. Así como la expresión afectiva y la cordialidad. (Barragán en Guerin, 1976 y Jr. & Satir, 1986)

Hasta aquí se han planteado en forma general algunas de los conceptos básicos de la terapia sistémica. Como ya se mencionó dicha terapia tiene varios enfoques que utilizan diferentes técnicas de acuerdo a la perspectiva del terapeuta.

A continuación se presentará un esquema que concentra las técnicas presentadas por cada perspectiva:

CUADRO 3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN EL ENFOQUE SISTÉMICO. SISTÉMICO

ESTRUCTURAL: Cambios fuertes y confrontación

Trabajo con la interacción

El diagnóstico

Marcando límites

Desequilibrio

Cambiar la pertenencia de un rol determinado.

ESTRATÉGICO

Dramatizaciones

Técnicas terapéuticas paradójicas: simulaciones

Juegos de imitación

La persona es alentada a simular el síntoma

Los padres de un niño son alentados a simular

En el cuadro anterior se muestran las técnicas de intervención encontradas para el tratamiento de problemas infantiles en el enfoque sistémico.

3.2.1. Modelo Estructural

Se revisarán las técnicas que utilizan los estructurales, quienes llevan a cabo los siguientes pasos, con el fin de reestructurar o modificar sus sistemas o subsistemas familiares. (Madanes, 1993)

- 1.-Como ya se mencionó lo primero que se hace en la terapia sistémica estructural, es observar y conocer la relación de la familia.
- 2.-El siguiente paso es hacer varias sesiones sin el niño o el niño sin la familia, con el fin de explorar más a fondo las relaciones entre la familia y el paciente identificado. (Griffin, 1993).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.-Conociendo un poco la dinámica familiar, se procede a concientizar a los padres de familia, acerca de la problemática de su hijo y de cómo ellos son actores principales de ello.

4.- Colocar al paciente identificado con diferentes miembros de la familia para que se junten y analicen su relación tanto los aspectos positivos, como los negativos, teniendo en cuenta que primero deben hacer los positivos, para que se eviten rencores posteriores. Aprenden a reconocer sus recursos, a utilizarlos y a manejar su problemática.(Álvarez, 1999)

5.-Reeplantear los objetivos para la reestructuración de los sistemas y subsistemas quitando el peso de la centralidad al paciente identificado.

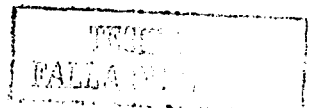
6.-Por último se platica y evalúan los contextos en los que se desenvuelve la familia y la forma en la cual se pueden mejorar o replantear las estructuras familiares; así como la función de cada miembro de la familia .

En este tipo de terapia se enfoca principalmente a:

- a)Que se actué en la relación entre la madre e hijo.
- b)Modificando la relación padre e hijo.
- c)Cambiar la relación entre los esposos, cuyo deterioro es notorio.

Así también se les recomienda asistan a grupos de apoyo en el cual podrían encontrar espacios para compartir sus frustraciones y éxitos. También se informan de nuevos tratamientos y quien los proporciona.

Sin embargo las personas que acuden a pedir un servicio, necesitan no solo que los escuchen, además piden se les informe acerca de métodos o estrategias que les ayuden a cambiar la conducta disruptiva o molesta de sus hijos, así como los patrones disfuncionales que hacen que esta conducta se dispare.



3.2.1.1 Técnicas Estructurales:

Dichas técnicas se presentan a continuación, aclarando que estas estrategias no solo sirven para mejorar las conductas de los niños, sino de todos los miembros de la familia, estas se incluyen en el proceso de la terapia antes mencionado.

Cambios fuertes y confrontación. Esta fase tiene por objetivo quitar un tanto la ansiedad presentada por las familias en el inicio de la terapia, así como la homeostasis, además para tener la visión de cada uno ante el problema.

Se trabajar con la interacción. Como su nombre lo dice se trabaja sobre la dinámica de la familia cuando esta en acción, no por lo que dicen, sino por lo que hacen. Es decir se observa durante las sesiones, de que manera interrumpen y el modo en el que estas relaciones se manejan.

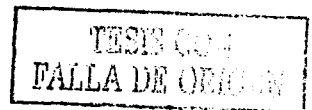
El diagnóstico. Sirve para identificar los eventos del pasado que influyen en la problemática y así tener una formulación para organizar estrategias de cambio.

Lo notable es la modificación de las interacciones. Bajo esto se delimitan las demandas de cada miembro. En tanto que la modificación depende de la claridad e intensidad con la que el terapeuta negocia las nuevas interacciones.

Marcando los límites. Estos deben de renegociarse ya que casi siempre son rígidos o difusos, principalmente entre los subsistemas lo cual ha provocado dependencia de algunos de los miembros.

Desequilibramiento. La meta es cambiar la relación de los miembros de un subsistema y balancear el lugar con cada uno de los miembros de la familia.

Cambiando la pertenencia de un rol determinado. El cual sirve para cambiar la visión que tienen de sí mismos y adaptarla a una realidad propia. (Nichols y Schwarts, 1995).



Resolución de problemas, la cual se basa en identificar el problema, para después discutirlo y realizar las reestructuraciones familiares necesarias para el cambio positivo de las funciones de cada miembro de la familia. Este método es comparado, o tal vez se confunden, con un método utilizado por los seguidores del modelo conductual cognitivo, quizás por la similitud en sus pasos a seguir o por el enfoque que se le está dando.

Por ello, los conductuales radicales no lo aceptan de buena manera y otros alegan la importancia de nuevas estrategias que relaciones todos los ámbitos y aspectos del ser humano. Sobre todo si se trata de la hiperactividad. Lo anterior, se afirma con la declaración de Golstein y Golstein y Wiley en su libro de "hiperactivity" (1992), quienes dicen que solo hay tres métodos que pueden servir para dicha problemática, estos son la medicación, la construcción de habilidades y el manejo de contingencias.

Con respecto a los terapeutas estratégicos, éstos utilizan varios tipos de cuyo objetivo es que el terapeuta asuma la responsabilidad de influir directamente en la gente. Por lo tanto sus técnicas de intervenciones basan en dicho parámetro.

Uno de los estudios con los que se puede corroborar, es el realizado por Arévalo en 1990, en donde compara a un grupo de esquizofrénicos bajo métodos de intervención sistémicos y cognitivo-conductuales, con el objetivo de saber, cual de los dos métodos servía mejor y que no se tuvieran más recaídas, en diferentes trascursos de tiempo, dando como resultado que este tipo de estrategias sirven con eficacia, solo cuando están en combinación con medicamentos. Lo cual no significa que todos los casos sean iguales sobretodo si se habla de la hiperactividad, en esta no hay factores biológicos, como se mencionó en apartados anteriores. Asimismo, los resultados arrojados por la otra parte de la condición fueron eficaces con medicamento, aunque la recaída fue más severa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2.2. Modelo Estratégico

El terapeuta estratégico utiliza varios tipos de terapia, cuyo factor común es la dirección del mismo terapeuta, es decir la responsabilidad de la dirección de las técnicas de intervención recae en el terapeuta. Además tiene como objetivo reorganizar la jerarquía, en la cual los padres ocupen una posición superior a la de los hijos. Al igual que los terapeutas estructurales, los estratégicos siguen pasos para llevar a cabo la terapia:

- 1) Definir con claridad el problema y establecer objetivos.
- 2) Conceptualizar el problema, considerando que el niño a través de los síntomas, está protegiendo
- 3) Planear una intervención en forma de una directiva que los padres tienen que impartir al niño. La directiva puede incluir
 - a) Tener el problema
 - b) Simular tener el problema
 - c) Simular ayudar a los padres
- 4) Practicar la directiva en la sesión y luego en su casa.
- 5) Recabar información sobre el cumplimiento de la directiva.
- 6) A medida que sobreviene el cambio y desaparece la conducta problemática, el terapeuta abandona la cuestión del síntoma y empieza a abordar otros problemas de la misma o de otra manera o bien poner fin a la terapia. (Madanes, ibidem)

3.2.2.1 Técnicas Estratégicas

A continuación se expondrán las técnicas paradójicas

Las dramatizaciones. Son técnicas en las cuales el terapeuta pide a toda la familia realice una dramatización, que conlleve involucrada la problemática, ya sea representando sus propios personajes o intercambiando estos, con el fin de visualizar y reflexionar (o darse cuenta de) la actitud de los demás.

Técnicas paradójicas. Dentro de estas técnicas se encuentran.

A) El progenitor pide al niño que tenga el problema o síntoma: Con ello se bloquean la ayuda benevolente tanto del padre, como del niño y así el síntoma ya no cumple la función de ayudar a los padres, ni de necesitar la ayuda de estos, por lo cual el síntoma desaparecerá.

B) El progenitor pide al niño que simule tener un problema: En vez de alentar el síntoma, el terapeuta puede alentar al niño a que simule o imagine tenerlo. También puede pedirle al padre que simule ayudar al niño cuando este simule tener el problema.. En esta situación el niño ya no necesita tener el síntoma para proteger a sus padres. Y puesto que la ayuda también es fingida, esta situación ya se convierte en la otra estrategia, es decir se vuelve en un juego de imitación o fingimiento.

C) El progenitor pide al niño que simule ayudar al padre: Esta consiste en alentar a los padres a simular hallarse en una posición inferior a la del niño, fingiendo necesitar ayuda y protección del niño. En este caso el niño ya no necesita recurrir a una sintomatología, ya que la ayuda es explícita.. Al igual que en la técnica anterior el niño y los padres se verán envueltos en un juego en el cual la incongruencia de las jerarquías, será resuelta. (Passache, Benadretti, Brossius, Nieto, Staforelli, Campos, 1992)

Se debe aclarar que después de resuelta la sintomatología por cualquiera de las técnicas se explora como corregir la organización jerárquica de la familia.

Si es una pareja se trata de establecer una relación más igualitaria entre ellos. Si es un niño, se estimula a los padres para que se haga cargo de sus hijos brindándoles guía y apoyo tanto a los niños como a sí mismos. (Madanes, 1993)

Juego imitativo. Como se mencionó, esta estrategia es la forma en la que los padres y los hijos entran en un juego de incongruencias acerca de los niveles de jerarquía. Además es una consecuencia de las técnicas vistas. Sin embargo es necesario investigar más acerca de esta técnica

Es preciso aclarar que en el enfoque estratégico existen muchas otras técnicas de intervención que son útiles para la solución de diversos problemas. Sin embargo solo se describieron los que se utilizan para resolver problemas infantiles, en especial, aquellos que tienen que ver con la hiperactividad

A pesar de todos los tratamientos que se han descrito, no han tenido la suficiente difusión y la comprobación para definir esto. Sobre todo cuando se habla de las técnicas sistémicas, de las cuales no hay muchas referencias bibliográficas para ser tan tajantes en este aspecto, tanto para rescatarlas como para defenderlas.

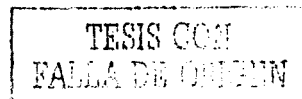
Por último se compararán los dos modelos, principalmente en cuanto al manejo de la hiperactividad, pero sin dejar a un lado los conceptos puesto que de ahí se despliegan toda la serie de técnicas que aquí se presentaron.

3.3. Comparación Teórica

Como se mencionó al inicio del presente trabajo, los enfoques que se manejan son diferentes, tanto en sus conceptos como en sus intervenciones terapéuticas

Sin embargo es necesario tomarlos en cuenta, puesto que en la actualidad no hay muchas alternativas, que estén difundidas y que sean consideradas como tratamientos adecuados para tratar a los niños hiperactivos. Sobre todo porque el problema básico de la terapia, es el hecho de querer cambiar al niño en forma individual, sin tomar en cuenta que él es parte de una situación de vida, el cual no está aislado de la sociedad, ni de su propia familia

Además sea de la corriente que sea, se debe tomar en cuenta que existen metas de tratamiento y hay estrategias de tratamiento que no necesariamente funcionan, para todas las personas y para todos los problemas. (Haley, en Fishman y Rossman, 1988)



Por ello en este apartado se compararán los dos enfoques desde sus conceptos básicos, hasta la eficacia de los mismos.

Como ya se mencionó, es necesario que esta comparación se plante desde los conceptos básicos de cada corriente, para después saber porque tienen el concepto de individuo y las circunstancias que lo rodean.

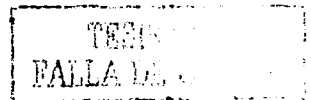
Por lo tanto se partirá por el conductismo el cual considera más la parte biológica de individuo esto se puede referir a lo siguiente, el individuo esta relacionado por medio de contingencias ambientales a las cuales se van modificando de acuerdo a las necesidades de cada uno,, en cambio el enfoque sistémico se concreta a lo familiar y a explorar al interno del individuo y de sus relaciones con sus subsistemas. (Walker y Sheg ,1998 & Haley, 1988)

De lo anterior se desprendería el concepto de individuo que se tiene en ambos enfoques. En el conductismo el individuo es un ser que esta sujeto a los refuerzos y contingencias que se le van presentando por medio de las cuales el aprende a conducirse y a entablar sus relaciones con los demás, siendo esto más en la parte visible o conductual.

El enfoque sistémico considera a los individuos como parte de un sistema básico, este es la familia, de acuerdo a esto el individuo interacciona con los participantes de esta, a través de la cual ellos aprenden a relacionarse con subsistemas más amplios, además se evocan más en el ámbito interno que en el externo.

Partiendo de lo anterior ahora se expondrá que las dos corrientes tratan a los individuos de acuerdo a las diversas modalidades o enfoques que se desprenden de cada una de ellas. A modo de ejemplo, se anotará lo siguiente

En el Conductismo. Fueron tomados en cuenta estos dos enfoques:
Clásico. Modifica la conductas físicas, con programas de contingencias.



Cognitivo conductuales: Modificar la conducta, por medio de técnicas innovadoras que implican no solo las conductas físicas, sino además las cuestiones emocionales.

En lo Sistémico.

Estructural: Reorganizar los sistemas y subsistemas de la familia. Así como la estructura de la misma.

Estratégico: Reorganizar las jerarquías de los individuos dentro de una familia, para la desaparición de síntomas.

Como se notó las diferencias son visibles. A pesar de ello se han ido modificando para tratar de ajustarse a un modelo más uniforme.

Por otra parte y centrándose más en el objetivo de esta tesina se presentarán las comparaciones en cuanto a la hiperactividad.

En el conductismo se ha definido como un exceso de movilidad, provocado por estímulos ambientales y un tanto fisiológicos del niño y de su medio ambiente.

Por su parte el Sistémico opina que la hiperactividad pertenece a la categoría de problemas infantiles que están relacionados con problemas de límites y de acuerdos dentro de sus sistemas. Además que estos niños suelen ser los reguladores de problemáticas dentro del sistema parental.

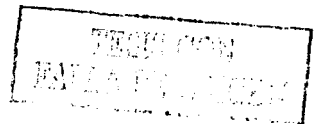
Lo anterior servirá para ligar las causas a las que atribuyen la hiperactividad, las cuales están instaladas en sus propias definiciones.

Pero lo que es necesario aclarar que de ahí es donde radica la importancia de haber explorado las corrientes desde sus orígenes, es decir los terapeutas conductuales se basan en modificar las conductas problemáticas de los individuos en particular, y el enfoque Sistémico se caracteriza por redefinir o reorganizar sus

sistemas intra-familiares para después modificar sus conductas pero de un modo indirecto, además las terapias siempre son en diadas o tríadas.

De acuerdo a lo expuesto se han desarrollado técnicas que obviamente se desprenden de sus propias concepciones y causas.

En el conductismo se plantean técnicas de intervención que radican en programas de refuerzo o castigo, y más recientemente en el autocontrol por medio de programas de relajación. Por lo que se refiere al enfoque sistémico las intervenciones se basan en regular, modificar, reorganizar o construir nuevas relaciones entre los integrantes del sistema. Sin embargo hay que hacer notar que los dos enfoques tienen justificadas sus estrategias ya que según los estudios realizados han funcionado en algunos casos en la medida de sus propias perspectivas. Aunque es justo decir que todavía continúan investigando, por su parte los efectos de sus intervenciones. Por ejemplo las investigaciones que se registran a lo largo de este trabajo son relativamente recientes y aunque no se tiene información de nuevas investigaciones En la actualidad el conductismo sigue siendo el más utilizado tanto por los terapeutas, como por los padres de familia.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A través de la revisión bibliográfica se encuentro una inconsistencia en la percepción de la hiperactividad por lo mismo, las definiciones se dan a partir del área en la que se maneja. Sin embargo hay algo que es muy aceptado por todas las áreas, se refiere a la decisión de tratar esta dificultad infantil, en tres ámbitos del desarrollo del ser humano, los cuales son el orgánico, el psicológico y el social-familiar.

En estas conclusiones se realzarán estos aspectos, puesto que como se noto las ciencias a las que se enfoco esta tesis fueron en su momento más específicas, pero al final todas incluyen en sus definiciones, evaluaciones, etiología y tratamiento, las tres áreas de desarrollo del infante y describen que si alguno de ellos no se estabiliza, la rehabilitación no es completa y tampoco sirve de mucho. Para mayor facilidad, las conclusiones se manejan por las posturas que dan las tres disciplinas manejadas en la tesis, en cuanto a las definiciones, la etiología, las evaluaciones y por último los tratamientos.

LAS DEFINICIONES

Lo relevante en cuanto a la hiperactividad y su incursión en el área medica es el hecho de que es tomada como un aspecto de la disfunción cerebral mínima, la cual conlleva una gama de características de origen biológico y conductual, aislando influencias sociales.

En cuanto a la parte Pedagógica las definiciones que se realizan se basan en el déficit de atención, resaltando el hecho de que la hiperactividad se puede o no presentar y algunos autores aseguran que este déficit se puede o tiene su origen en factores biológicos, pero de menor grado que lo considerado por la medicina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que se refiere a lo Psicológico; las definiciones son solo una forma de justificar el tratamiento que se propone en las dos corrientes esto es; los conductuales son muy precisos en los puntos que toman en cuenta para el concepto de la hiperactividad, ellos se enfocan a tratar desde el exterior de la hiperactividad, tomando en cuenta aspectos de déficit o excesos de su comportamiento, y de ahí indagar todo lo que este a su alrededor, aunque también hay que resaltar que en la actualidad estas definiciones, involucran más el aspecto social y el familiar, sin dejar aun lado el pedagógico.

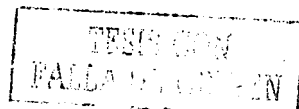
Por otro lado la corriente sistémica se basa o comienza por resaltar los aspectos familiares y sociales del problema, sin embargo no deja de mencionar el repertorio conductual por el cual se caracteriza la hiperactividad, aunque en esta corriente lo importante es que los niños presentan dicha problemática más como un síntoma de dificultades familiares que como origen de una problemática exterior.

LA ETIOLOGIA

En la Medicina es más que sabido que las causa de la hiperactividad y más específicamente de la DCM, son de origen biológico, ya sea por una lesión cerebral mínima, o factores genéticos. Sin embargo en la actualidad, los médicos tampoco descartan los factores sociales o emocionales

En la Pedagogía la causa principal se debe a un trastorno de aprendizaje que puede deberse a una lesión, aún más pequeña que la citada por la medicina, el cual obstaculiza el adecuado desarrollo del aprendizaje

Por lo que se refiere a la causa de las corrientes Psicológicas, estas marcan la mayor diferencia entre las dos. Debido a que los conductuales no descartan las posibilidades de un origen orgánico, por muy leve que este sea, además las causas se enfocan directamente al ambiente externo del niño, es decir que los niños solo se comportan así como respuesta a los estímulos ambientales que se le presentan en su familia y en la escuela, en cambio a la corriente sistémica el



origen de la hiperactividad es un desajuste netamente familiar el cual el niño percibe pero que además la familia lo toma como un paciente identificado por el cual se realiza la homeostasis familiar. Sin embargo hay que aclarar que aparentemente en las dos corrientes se toman dos aspectos importantes, uno de ellos es la familia y el otro la conducta o conductas con las que reacciona el niño, pero por la misma estructura de la problemática o dificultades que presenta la hiperactividad se podría decir que este problema es de origen infantil en el que intervienen factores conductuales, familiares y ambientales (sociales) que determina el desempeño de los niños en las áreas de interacción.

LAS EVALUACIONES

En la medicina las evaluaciones están dirigidas a aspectos biológicos, sin dejan de lado los factores sociales, puesto que muchos de estos niños son enviados al psicólogo, en el cual se hace una revisión familiar y social que se conjunta con las evaluaciones realizadas por especialistas neurólogos y pediatras para descartar una circunstancia orgánica.

La Pedagogía hace sus evaluaciones con complejos repertorios conductuales, así como en entrevistas a los mismos niños, a padres y a maestros de grupo y test psicométricos, caracterizados por indagar no solo factores educativos sino también familiares y médicos.(Biológicos)

En la pedagogía las evaluaciones son importantes para un diagnóstico preciso que defina los problemas o dificultades en las diferentes áreas del aprendizaje y con ello elaborar una estrategia de tratamiento,

Existen ciertas diferencias basadas en los aspectos que se toman para las evaluaciones, en la Psicología, principalmente porque en la corriente conductual resaltan, el déficit de atención, el nivel motor y el comportamiento del niño en un ambiente natural, este se complementa por las entrevistas estructuradas a los

padres, maestros y niños con el propósito de definir el comportamiento en repertorios conductuales en los diferentes ámbitos sociales del niño así como factores biológicos y atencionales.

En cuanto a la corriente sistémica coincide en las entrevistas con el enfoque conductual, solo que en esta corriente las entrevistas son semidirigidas y no estructuradas como en los conductuales, además con esta entrevista de tipo familiar se pretende obtener información en cuanto a las relaciones familiares y en los efectos o condiciones que se presentan en dichas relaciones, así también la entrevista esta dirigida encontrar errores en las diversas interacciones que se desarrollan en la vida familiar, porque se cree que la hiperactividad pueda tener su origen en estas interacciones o en alguna falla de ellas, estas entrevistas no solo sirven para el diagnóstico de la hiperactividad sino en dicha corriente esta parte es tomada como parte del tratamiento el cual es planteado como ayuda directa desde un inicio. Antes de terminar esta sección de las evaluaciones cabe aclarar que en el enfoque sistémico no descarta las observaciones de los niños, pero las hace durante el proceso de la entrevista a los padres sobre todo para la ratificación de la dinámica familiar, además las entrevistas pueden ser divididas en etapas debido a las diferentes personas a las que les es aplicada la entrevista.

Respecto a lo anterior es importante tomar en cuenta que las evaluaciones de cualquiera de las dos corrientes pueden llegar a tener similitudes sobre todo en lo que se refiere a la importancia que se le da a la familia como aquella que proporciona la mayor cantidad de información y como ámbito de relevancia en la problemática.

Sobre todo porque en la recolección de datos que se proporcionan en cualquiera de las entrevistas es de utilidad para cualquier profesional que trate la hiperactividad, ya que de los resultados que se produzcan en dichas evaluaciones podrán marcar pautas de tratamiento de la hiperactividad

LOS TRATAMIENTOS

Por lo que respecta a los tratamientos médicos, estos se basan en la medicación de sustancias estimulantes, tales como la dextroanfetamina, las anfetaminas y el más conocido de los estimulantes es el metilfenidato el cual produce notables efectos sobre la escala sobreactiva y la falta de atención en los niños, mostrándose notablemente en la disminución de conductas antisociales y desafiantes. Sin embargo se han realizado estudios que determinan algunos efectos colaterales como son la presencia en algunas ocasiones de convulsiones.

Por ello muchos padres se resisten a dar medicamentos a sus hijos, lo cual acarrea ciertas dificultades para la rehabilitación de los niños en las áreas como la Pedagogía y la Psicología.

Respecto a la parte Pedagógica se destaca por la facilidad que brinda a la Psicología en el tratamiento de la hiperactividad en el siguiente ámbito de desarrollo que es el social, esto se refiere a la entrada del niño a la escuela y precisamente en esta etapa es cuando se detecta la hiperactividad, a ello se refieren muchos autores como un dato importante para la canalización de estos niños a especialistas para su orientación o rehabilitación, en este aspecto la Pedagogía interviene en una gama de interacciones que estimulan y escenifican diversos tipos de relaciones en las que intervienen los niños, principalmente, maestro- alumno y compañero-compañero, en estas se refuerzan o inhiben conductas que reflejan la hiperactividad, aunado a esto se retoman los factores sociales-familiares que intervienen en la escuela.

Además recomiendan que los niños hiperactivos se traten por medio de programas en los cuales se incluyan actividades motrices y recreativas que enfoquen al desgaste de su exceso conductual, esperando que se disminuya, y a la vez aumente su percepción y sus habilidades motrices, también acuden a implantar tratamientos de origen conductual como los tiempos fuera, castigos y

TESIS CON
FALLA DE ORDEN
NÚMERO DE VOTIVO
10011581

ESTA TESIS NO FUE
DE LA BIBLIOTECA

reforzamientos. Esto reafirma que en esta dificultad la integración interdisciplinaria es importante e imprescindible.

En cuanto a los tratamientos Psicológicos, es necesario hacer hincapié en la unanimidad que muchos autores tienen acerca de cual debe ser el primer paso de todo tratamiento infantil, muchos coinciden en que debe ser el especificar la importancia de la participación familiar y la comprensión de la problemática que tienen ante ellos, porque si los padres no están convencidos de las necesidades que requieren sus hijos, será muy difícil entablar acuerdos de participación y de la planeación adecuada de objetivos para la llegada a los posibles resultados positivos.

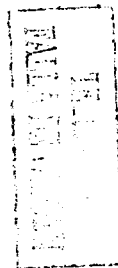
Otro punto en que coinciden varios autores de cualquier corriente es la persistencia de todos los involucrados en la problemática, ya que de no ser así cualquier tratamiento por bueno que sea no servirá.

La última coincidencia es que tanto los terapeutas como los participantes en cualquier proceso terapéutico deben estar conscientes de que todos los casos son diferentes y que no siempre funcionan de la misma forma para todas las personas.

Por lo anterior se ha hecho necesario que al presentarse un niño hiperactivo en cualquiera de los consultorios, los profesionistas no deben dejar de acudir a la asesoría de los otros especialistas, como parte del tratamiento.

Sobre todo en este caso de la hiperactividad principalmente porque pueden existir indicios en el ámbito orgánico, que hay que descartar.

Y en el caso de que los hubiera, habría que poner se de acuerdo con los médicos y establecer un tratamiento multidisciplinario que lleve a unos mejores resultados, ya que nunca se debe descartar que la Psicología podría servir de co-terapeuta o viceversa el médico o el pedagogo podrían servir de igual manera



COMENTARIOS FINALES.

Por último se tratará la información obtenida acerca del objetivo principal de esta tesina y después de algunas aclaraciones importantes se obtuvieron datos de relevancia en cuanto al modo en como las corrientes psicológicas aquí utilizadas especifican sus intervenciones.

Con el afán de no repetir lo dicho en el capítulo tres solo se mencionaran algunas cualidades, ventajas y desventajas que se encuentran en cada uno de los tratamientos, estas se refieren principalmente a la efectividad que han tenido dichos tratamientos, basado no solo en las investigaciones, sino en la propia experiencia laboral dentro del campo-.

Se comenzará por los tratamientos conductuales clásicos, estos son muy específicos y directos al desarrollo en sesiones individuales, principalmente con el niño problema y como es de esperarse en termino de reforzamiento o castigo, en diversas modalidades y estilos, utilizada principalmente para la disminución de conductas poco satisfactorias. Con referencia a la familia si interviene pero más como un controlador en casa, al igual que el maestro, que como parte del proceso. Este es uno de los puntos en donde más se difiere con el otro tratamiento expuesto, ya que en el otro la familia es el principal factor de cambio fundamentalmente entre los padres y los hijos, como se tratará posteriormente.

Así pues existen muchas referencias en las cuales se ratifica de sobremanera la efectividad de los tratamientos conductuales para disminuir todos los síntomas de la hiperactividad sin embargo no en todos se mantuvo un optimo nivel de durabilidad, lo que hay que resaltar es el tiempo en que se disminuyen las conductas siendo este muy rápido.

A pesar de eso y no con el afán de desmerecer el trabajo de los psicólogos conductuales existen ciertas desventajas de los procedimientos terapéuticos conductuales, una de ellas es lo riguroso y poco flexible de las condiciones en las

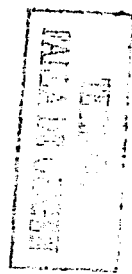
TESIS CON
PALA DE ORIGEN

que se involucran los niños, sabiendo de antemano que los niños son muy impredecibles, así como las situaciones en las que se puede ver envuelto y que están dadas por el ambiente en el que se desarrolla, las cuales, son poco controlables tanto para la familia como para el terapeuta, además de la mucha responsabilidad que lleva ser un moderador y lo desgastante que puede ser para todos los que están inmersos en el proceso.

Por lo que se refiere a los procesos que se utilizan por parte de la perspectiva cognitivo conductual, es importante informar que su efectividad es más eficaz sobre todo por la durabilidad de los resultados, aunque como todos necesitan de constancia. Sin embargo en ellos la participación de la familia es más notoria y menos rígida que en los métodos anteriores. Además se plantean objetivos más reales y que pueden ir cambiando conforme a las circunstancias; es decir, varios de estos métodos sirven más para preparar a los niños al manejo de las situaciones que a la sola extinción de las conductas. Sin embargo, también hay desventajas, sobre todo por la poca información que se tiene a nivel psicopedagógico de las técnicas cognitivo-conductuales.

En la misma situación se encuentran las técnicas utilizadas en el enfoque sistémico, que son la otra propuesta para el manejo de la hiperactividad, que se plasmo en este trabajo y de la cual se puede decir que no se encontraron suficientes investigaciones que hablen de la efectividad que puede haber de estos métodos. Sin embargo como se menciono con anterioridad estas se basan principalmente en el mejoramiento de la dinámica familiar, refiriéndose a las interacciones, vínculos, perspectivas de los padres y del niño, etc.

Aunque no son iguales las técnicas utilizadas por los estructurales y los estratégicos los resultados pueden ser variables, Además ellos se refieren a tratar el problema en familia o en forma individual con cada uno de los miembros de la familia.



Así pues la familia juega un papel preponderante en la terapia sistémica, en el caso de la hiperactividad se utilizan técnicas de resolución de problemas, uso de las paradojas y algunos otros que sirven para descentralizar al paciente identificado del síntoma el cual sirve de equilibrio y salvaguarda de otras relaciones deterioradas o de jerarquías mal enfocadas.

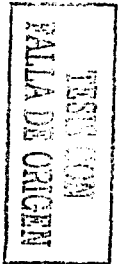
Presumiendo que resueltos los conflictos que provocan el síntoma se solucionarían otros que están intrínsecos en la problemática. Por otra parte no se duda de su efectividad pero es necesario hacer más investigaciones acerca de los resultados que se producen con estas técnicas y cual es su durabilidad.

En cuanto a una de las posibles desventajas que se presentan en el enfoque es que para la realización de la terapia es de suma importancia la disposición de participar y a cambiar sus actitudes la cual se desprendería de la aceptación de todos los miembros de la familia sobre su actuar en su propia familia y con respecto a la hiperactividad de uno de sus miembros.

Por último y a modo de reafirmación es justo decir que la Psicología. No se concreta a dos vertientes además existen muchos otros enfoques que pueden proporcionar alternativas para el tratamiento de la hiperactividad no solo infantil, sino también en otras etapas de la vida.

Actualmente se utilizan mezclas de técnicas que pertenecen a diferentes enfoques las cuales han llegado a ser efectivas y prácticas. Por lo tanto y según la experiencia obtenida en la práctica, los terapeutas no deben aferrarse a una sola postura, ya que sería tanto como aceptar que todos somos iguales y que respondemos de la misma forma a todas las circunstancias.

Lo ideal para el tratamiento de la hiperactividad sería que se realizaran más investigaciones precisamente buscando alternativas de tratamiento con técnicas de diferentes enfoques que se complementaran para abarcar todos los aspectos que incluyen en esta problemática. Dándonos así la oportunidad de diversificar la



Psicología para el mejoramiento de la atención a niños con este problema y que muchas veces son relegados por no saber como tratarlos.



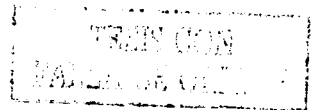
REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Ackerman, N. W y otros (1991) "Terapia de la familia". Argentina. Paidós.
- Alcocer O. B. A. (1987) "Hiperactividad y estructura familiar". México. Tesis no publicada, Universidad de las Americas. México, D.F.
- Álvarez, S. M. E (1999) "El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y su relación con las Adicciones". Tesis de licenciatura, no publicada, Universidad de las Americas. México. D.F.
- Arévalo, F. J.(1990)"Intervenciones Familiares en el tratamiento de los Pacientes con esquizofrenia; Aproximaciones recientes. Universidad Autónoma de Madrid. Estudios de Psicología (Madrid,) Pp.169-193.
- Azcoaga, J. E; Derman, B e Iglesias P. A. (1985) "Alteraciones del aprendizaje escolar". Diagnostico, fisiología y tratamiento. Argentina. Paidós.
- Bair, H & Gordon, E. (1983). "Neurological, evaluation of infants and children". Londres., Inglaterra. The Lovenharn Press L.T:D.
- Barragán, M.D.M. "the chid- centered family". En -Guerin. Ph y Jr, M.d. (1976) Family Therapy. New York. E.U.A. Garder press Inc. p.p 234-247.
- Baulista, L. Y.(1995) "El Bajo Aprovechamiento Escolar y su Relación Con la Dinámica Familiar Disfuncional". Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM, México, D.F.
- Benjumea, P. y Mojarro, P.(1992) "Trastornos por Déficit de Atención hiperquineticos de Hoffman a la CIE 10". Psiquis, (Madrid). 13(5)23-30..
- Caballo. V.E. (Recopilador)(1991) "Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta". España. Siglo XXI.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Campos, C. J, comp.(1979). "Niños difíciles". Diagnóstico y Tratamiento. Madrid, España. Ed. Karpos.S:A:
- Calderón, G. R (1990). "El niño con disfunción cerebral". México. Ed. Limusa.
- Carpenter J. y Teacher A. (1993) "Problemas y Soluciones en Terapia familiar y de Pareja", Buenos Aires Argentina. Paidos.
- Díaz del Guante, H. A y Mávil L. A. M. (1987) "El niño hiperactivo". México. Dirección editorial de la Universidad de Veracruz.
- Espinoza S. M. R: y González M (1997). "Patrones de Comportamiento e Intervención Psicológica en Familias Caóticas". Alternativas en Psicología, UNAM. Campus Iztacala,1(2),
- Farnham, D. S. (1980) "Dificultades de Aprendizaje". Madrid. España. Morata.
- Fishman. H. y Rosman B. (Ed.)(1988) "El Cambio Familiar" Desarrollo de Modelos. Buenos Aires, Argentina. Gedisa.
- Galindo, E. B. Y Galguera M. (1980). "Modificación de la conducta en educación especial", Diagnóstico y programas. México.Trillas.
- Garantos, A. J.(1993). "Trastornos de conducta en la infancia". Barcelona. España. Ed. P.P.U SA (219-239)
- García, S. C. (1992). "Transtorno atencional con o sin hiperactividad; Un Enfoque Neuropsicológico". Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología. (Vol. XII, 4 (223-230.)
- Gesell, A. (1981). "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño". Buenos Aires. Argentina. Ed. Paidos.
- Goldenberg I. y Goldenberg, H. (1990), "Family therapy". Books/Cole Publishin Company Pacific Grove E.U:A.

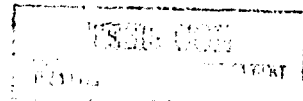


- Golstein. P.H.D. y Golstein. M. (1992). "Hiperactivity". **Who Won't my Child Pay Attention**. New York. John Wilwy & Sons Inc.
- Golfried M.R.& Davison G.S. (1981) "Técnicas Terapéuticas Conductuales" Buenos Aires Argentina. Paidos. P.p. 89-110.
- Granell, E. (1982) "Aplicación de Técnicas de Conducta". México. Trillas.
- Griffin, W, Ph. D. (1993). "Family Therapy" (Fundamental of theory and Practice) New York. E.U.A. Brunner/Marcel.
- Haley, J. (1988) "Terapia para Resolver Problemas". Nuevas Estrategias para una Terapia Familiar más Eficaz. Argentina, Buenos Aires., Amorrourtu.
- Herbert M. (1983). "Transtornos de Conducta en la Infancia y la Adolescencia". Buenos Aires Argentina. Paidos.
- Hendren, R. L En Buendía, J. (1996) "Psicopatología en niños y adolescentes". Desarrollos actuales. Madrid. España. Pirámide.
- Hernández, J. (1996) "Arte en Popote y el Juego como Medio de Canalización y Desarrollo de Habilidad Motriz en un Niño Hiperquinético". Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Hispanoamericana. (Pedagogía), Edo. Méx. México.
- Kinsbourne M & Kaplan P.j. (1983) "Problemas de Atención y Aprendizaje en los Niños". México. Prensa Mexicana. S. A de C: V.
- Knoff, J. I. (1984). "Childhood psychopathology". A develop mental approach." New Jersey. E. U. A. Ed. Englewood Cliffs.
- López, S.a, Ríos M.M y Sánchez G.M. (1995) "Terapia Familiar, Estructural: Una nueva alternativa de prevención y tratamiento para el adolescente dependiente". Tesis de Licenciatura, UNAM. ENEPI. Edo. Méx., México.

- Madanes, C. (1993) "Terapia Familiar Estratégica". Argentina, Amorrortu. Cap. 4.
- Martínez, R. y Martínez. (sin año). "La salud del niño y del adolescente". México. Salvat Mexicana Editoriales S.A. de C. V.
- Minuchin, S(1984)."Familia y Terapia", México. Paidós-
- Moreno G. I. (1998) "Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia". Madrid. España. Pirámide.
- Montalvo J y Soria T. R. (1997). "Estructura Familiar y Problemas Psicológicos". Psicología y Ciencia Social. UNAM. Campus Iztacala.. 1(2).
- Nichols y Schwarts, (1995) "Family therapy " Conceptos y métodos E:U:A: Edit. Allyn Andbacon.
- Orjales Villar & Polainot-Loreinte (1994) "Estilos Atribucionales y Autoestima en Hiperactividad Infantil" Universidad Complutense de Madrid. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(4), 461- 466..
- Passache, V., Benadretti, S., Brossiurs, F., Nieto, M., Staferelli, A., y Campos, P, (1992). "Uso de la Técnicas Paradojales en conflictos conyugates". Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica.(Chile), 30,207-213.
- Pineda. F. L.A, López,, R. Torres A y Romano M. (1992) "Modificación de la conducta. Problema en el niño. Programa de entrenamiento para padres", México. Trillas.
- Quiros J. B. Y Shrager.(1980). "Fundamentos Neurológicos en las discapacidades de aprendizaje". Buenos Aires. Argentina. Médica Panamericana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Rasserk. M. & Ardjomano. (1965) "El niño Problema y su Reeducción". Principios Organismos y Métodos. Madrid. España. Ralp, S.A.
- Rapin I. (1987). "Disfunción cerebral en la infancia". Neurología, cognición, lenguaje y conducta. Barcelona. España. Martínez de la Roca.
- Rangil T, Trancho, M, Jorquera, A. y Gasto C.. (1996) "Taller de resolución de problemas para familiares de enfermos esquizofrénicos." Revista de Psiquiatría de la facultad de Barcelona, 23(5), 134-142.
- Renshaw, D. C.(1991)."El niño hiperactivo". México. Prensa Mexicana SA de C. V.
- Ross, A. O.(1997). "Terapia de la Conducta Infantil". Principios, procedimientos y bases teóricas. México. Limusa.(141-163)
- Satir,V. (1986) "Psicoterapia Familiar Conjunta".México. Prensa Medico Mexicana. pp. 42-49.
- Sheg, T. M. y Bauer, A. M. (1999). "Educación especial": Un enfoque ecológico. México. Ed. Mc. Graw Hill.
- Sidney. W. Bijou, Trad. Becerra (1987) "Modificación de la conducta". México. Trillas.
- Slovik. H. L. (1999). "Algunas Técnicas de Manejo Familiar y escolar para niños con desordenes de Atención y conducta disruptiva". Tesis de Licenciatura, no publicada, Universidad de las Americas., México., D.F.
- Steward M:D;M & Wendkos, O.S.(1973) "Raising a Hiperactive Child". Toronto. E. E:U:A. Harper & Rosy Publishers.
- Tallis, J. & Soprano A.M. (1991). "Neuropediatría, Neuropsicología y Aprendizaje". Buenos Aires, Argentina. . Nueva Visión.



-
- Taylor E. (Ed.)(1991). "El niño Hiperactivo". Guía para la familia y la escuela. México. Biblioteca de la Psicología y la Educación.
- Vall. R. E. (1984) "Niños Hiperactivos" Guía para la Familia y la Escuela. México. Biblioteca de la Psicología y la Educación.
- Velasco, F. R. (1997). "El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral". México. Trillas.
- Walker, J. Y Sheg T.M.(1998)."Manejo Conductual". Un enfoque práctico para educadores. México. Manual Moderno, S. A de C.V
- Wells. R.A& Giannetti V. J (1993). "Casebook of Brief Psychotherapies". New York. E:U:A: Plenum Press.
- Wolfgang, U. L. B. (1987). "Neurología Pediátrica. para pediatras y pedagogos diferenciales". Buenos Aires. Argentina. Médica Panamericana.

TESIS DE
FALLA DE ORIGEN