



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

“LA HIPERACTIVIDAD EN NUESTRO ALUMNADO”

AUTORÍA ANTONIO DAVID MURES PINTOR
TEMÁTICA TRANSTORNO ESCOLAR: HIPERACTIVIDAD
ETAPA EI, EP, ESO...

Resumen

A lo largo del presente artículo que se presenta a continuación, vamos a presentar a uno de los trastornos infantiles que se nos presentan en el contexto escolar; la “hiperactividad”. Se ha estudiado mucho sobre ella y diferentes autores tanto españoles como europeos la consideran como uno de los factores principales que imposibilitan o hace más complicado el proceso de aprendizaje del alumno/a.

Palabras clave

- ⇒ Hiperactividad.
- ⇒ Impulsividad.
- ⇒ Déficit de atención.
- ⇒ Factores de repercusión.

1. INTRODUCCIÓN.

Entre un 3% y un 5% de los niños escolarizados son hiperactivos, niños inquietos, impacientes, impulsivos, que no se centran en objetivos o finalidades concretas, que saltan de una cosa a otra, que no atienden a lo que se les dice; en definitiva, niños que no "oyen", no "obedecen", no "hacen caso".

No hay concordancia en cuanto a su definición, algunos dicen que se trata de un síndrome (conjunto de síntomas) que tienen probablemente un origen biológico ligado a alteraciones en el cerebro, causadas por factores hereditarios o como consecuencia de una lesión. Otros que constituye una pauta de conducta persistente en situaciones específicas.

Para Safer y Allen (en 1979) es "trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesivas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Aparece entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia."

2. PAUTAS COMUNES PARA IDENTIFICAR LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

Los criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son los siguientes:

1. Presencia conjunta de los síntomas básicos: falta de atención, inquietud, movilidad excesiva.
2. Estimar la gravedad del problema tomando como referencia la edad y el nivel intelectual del niño.
3. Valorar el carácter permanente o situacional de las alteraciones.
4. Observación directa de los síntomas.
5. Ausencia de psicosis y trastorno afectivo.
6. Comienzo temprano y persistencia temporal de los síntomas.

3. CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO HIPERACTIVO.

Los síntomas definitorios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son: actividad motora excesiva, falta de atención y falta de control de impulsos. Se trata de niños desordenados, descuidados, que no prestan atención en clase, que cambian continuamente de tarea y presentan una actividad permanente e incontrolada sin que vaya dirigida a un determinado objetivo o fin. Tienen dificultades para permanecer quietos, sentados, suelen responder precipitadamente incluso antes de haber finalizado la formulación de las preguntas, además se muestran impacientes y no son capaces de esperar su turno en las actividades en las que participan más individuos. Interrumpen las actividades o tareas de los compañeros y miembros de la familia. Pueden fácilmente sufrir accidentes y caídas debido a que sus conductas reflejan una escasa conciencia del peligro.

Son desobedientes, parece que no oyen órdenes de los adultos y, por tanto, no cumplen con sus instrucciones. Plantean problemas de disciplina por incumplir o saltarse las normas establecidas. Su relación con los adultos se caracteriza por desinhibición, suelen tener problemas de relación social y pueden quedar aislados del grupo de iguales.

Asimismo, dan muestras de déficits cognitivos y son frecuentes los retrasos en habilidades motoras y del lenguaje, así como las conductas antisociales y la carencia de autoestima.

También se incluyen trastornos de conducta, dificultades en el aprendizaje, ansiedad, alteraciones emocionales.

4. EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD.

La hiperactividad aparece con más frecuencia en niños que en niñas y su proporción está alrededor de ocho de cada cien niños escolarizados y de dos de cada cien niñas escolarizadas. Además de las



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

diferencias cuantitativas, varios autores han señalado que en los niños los comportamientos impulsivos, la excesiva actividad y la falta de atención, persisten durante más tiempo, se mantienen constantes a través de sucesivos cursos escolares y se incrementan al aumentar las exigencias escolares.

Los indicadores de hiperactividad en los distintos momentos evolutivos son los siguientes:

- *De cero a dos años:*

Descargas mioclónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, periodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.

- *De dos a tres años:*

Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.

- *De cuatro a cinco años:*

Problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas.

- *A partir de los seis años:*

Impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.

La evolución de la hiperactividad no se caracteriza por seguir una línea uniforme ni específica.

El pronóstico conlleva impulsividad, fracaso escolar, comportamientos antisociales e incluso delincuencia.

Según Whalen (1986) aproximadamente un veinticinco por ciento de los niños hiperactivos evolucionan positivamente, con cambios conductuales notables y sin que tengan dificultades especiales durante la adolescencia y la vida adulta.

Aproximadamente un tercio de los individuos diagnosticados con hiperactividad en la infancia muestran signos del trastorno en la edad adulta. Los niños que son hiperactivos en todos los ambientes tienen un peor pronóstico porque sufren con más frecuencia las consecuencias negativas que sus comportamientos alterados provocan en la familia, colegio y grupo de amistades; de este modo se vuelven más vulnerables y, por tanto, aumenta el riesgo de que desarrollen comportamientos antisociales.

La coexistencia de conductas desafiantes, agresividad, negativismo hiperactividad durante la infancia puede conllevar una evolución desfavorable, puesto que los problemas iniciales pueden agravarse en la adolescencia. En esta edad, el pronóstico incluye delincuencia, agresiones, deficiente rendimiento académico y, en general, una adaptación negativa.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

5. ETIOLOGÍA.

A pesar de que se trata de un trastorno frecuente en la infancia, y que hace bastante tiempo es objeto de interés por parte de médicos y psicólogos, no se han identificado de forma precisa los factores que lo originan. Entre las causas posibles investigadas destacan factores biológicos, (retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del ambiente del niño. Sin embargo, no hay datos concluyentes que indiquen que cualquiera de estos elementos por separado es el responsable último del trastorno.

5.1. Factores neurológicos.

Las lesiones en el cerebro, más que provocar trastornos específicos y en concreto hiperactividad, ejercen su influencia mediante una mayor vulnerabilidad del niño a sufrir problemas psicológicos. Así las lesiones físicas del cerebro no son impulsividad, falta de atención... no suponen que el niño haya sufrido alguna alteración cerebral que no haya sido detectada antes de acudir al especialista.

Las alteraciones cerebrales y el retraso mental influyen en la aparición de la hiperactividad.

Aparecen signos neurológicos menores: deficiente coordinación motora fina, reflejos asimétricos, dificultades de equilibrio...

5.2. Factores prenatales y perinatales.

La influencia del medio ambiente prenatal y las complicaciones surgidas durante el embarazo han sido destacadas como causas relacionadas con los trastornos de conducta infantil. Los niños prematuros, con bajo peso al nacer, que han sufrido anoxia durante el parto o infecciones neonatales, tienen bastantes posibilidades de desarrollar problemas conductuales e hiperactividad. Entre los efectos asociados a las complicaciones surgidas durante el periodo prenatal y perinatal se incluyen: retraso mental, deficiente crecimiento físico, retraso en el desarrollo motor, dificultades en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje.

En el período prenatal sobresale: el consumo de tabaco, el abuso del alcohol y el estrés psicológico de la madre embarazada.

El alcoholismo predispone a la hiperactividad, es responsable de déficit de atención, problemas de aprendizaje, trastornos de comportamiento y retraso psicomotor. Muestran conductas hiperactivas debido sobre todo a la situación de vulnerabilidad en la que se desarrollan.

5.3. Factores genéticos.

Se ha comprobado en diferentes investigaciones que un número considerable de padres de niños hiperactivos manifestaron conductas de este tipo durante su infancia.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

Coinciden los trastornos de conducta y la hiperactividad entre los hermanos de ambos padres que entre aquellos que son hermanos de un solo padre.

Los niños hiperactivos que suelen tener hermanos del mismo sexo también muestran signos de hiperactividad.

5.4. Factores ambientales.

El nivel socioeconómico, la situación familiar y las características del trabajo u ocupación profesional de los padres se relacionan con los problemas de conducta observados en niños y adolescentes.

Posiblemente el factor determinante no sea las condiciones sociales en sí mismas, sino sus efectos psicológicos sobre la familia.

Los trastornos psiquiátricos de los padres influyen en la aparición de problemas psicológicos en los niños debido a que se alteran negativamente las interacciones entre padres e hijos.

5.5. Otras causas.

Se está investigando la posible influencia de alteraciones bioquímicas en la aparición de estos problemas. Desde hace algunos años se apunta la posibilidad de que la hiperactividad se vea afectada también por factores como el plomo ambiental y los componentes de la dieta alimenticia. Los aditivos de los alimentos pueden influir.

6. EVALUACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD.

Los niños hiperactivos constituyen un grupo muy heterogéneo. No todos presentan las mismas conductas alteradas. No coinciden en su frecuencia e importancia ni en las situaciones o ambientes en los que se muestran hiperactivos. Además, incluso difieren respecto al origen y posibles causas de sus problemas. Así, en la evaluación del niño hiperactivo intervienen varios profesionales, médicos (neurólogo, pediatra, psiquiatra), psicólogos y maestros fundamentalmente buscando un criterio común para la puesta en marcha de la terapéutica a seguir.

El análisis del medio familiar, escolar y social adquiere gran importancia en la evaluación de niños y adolescentes y resulta imprescindible para explicar la conducta infantil en sí misma y sus alteraciones.

Aparte de situar al niño en su ámbito normal, se evalúa su comportamiento teniendo en cuenta varias cuestiones. Primero, adoptando una perspectiva evolutiva para saber cuáles son los comportamientos normales y desviados en las distintas edades, segundo conociendo cuál es el nivel de desarrollo de cada niño en particular. Con ambos criterios se valorará si existen alteraciones psicológicas y cuál es su nivel y gravedad. En la hiperactividad las exigencias no pueden ser las mismas para niños con edades distintas.

La evaluación se concreta en las siguientes áreas:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

A) Estado clínico del niño.

Este aspecto se ocupa de los comportamientos alterados y anomalías psicológicas que presenta. Además de los rasgos característicos del trastorno, como inquietud, déficit de atención, actividad motora, se observa si muestra conductas antisociales, desobediencia, agresividad, cómo son sus relaciones con sus amigos, si está integrado en el grupo de compañeros, o aislado. Se tienen en cuenta posibles alteraciones emocionales como ansiedad, déficit de autoestima, etc.

B) Nivel intelectual y rendimiento académico.

Es el área más importante de cara al diagnóstico de la hiperactividad. Los informes que proporciona el colegio han de referirse a cómo es la conducta del niño y sus calificaciones académicas.

Se tienen en cuenta tanto los aspectos positivos como los negativos. Se hace hincapié en sus progresos, las tareas escolares en las que suele tener éxito, cómo se enfrenta a la resolución de los deberes académicos.

C) Factores biológicos.

Se evaluarán mediante un examen físico exhaustivo para detectar posibles signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas orgánicos que resulten de interés.

D) Condiciones sociales y familiares.

Además de aspectos como el nivel socioeconómico, el análisis de la familia debe prestar atención a los comportamientos de sus miembros, clima familiar, relaciones interpersonales, tamaño, calidad, normas educativas, disciplina, cumplimiento de normas y horarios, actitudes de los padres hacia los problemas infantiles.

E) Influencia del marco escolar.

La evaluación de este aspecto está justificada por el papel que desempeña la escuela tanto en la detección de las alteraciones infantiles como en el tratamiento posterior. El interés se centra en dos áreas: factores personales y organización estructural del centro. Respecto a los factores personales, se analizan las actitudes de los maestros cuando los alumnos violan la disciplina o incumplen las normas escolares, así como las pautas de conducta que estos profesionales adoptan cuando han de dirigir las clases; en definitiva, se trata de averiguar si son profesores autoritarios o flexibles.

F) En cuanto a la organización del centro, interesan sobre todo los aspectos materiales y de funcionamiento así como la ubicación del mismo y su estructura organizativa.

Además de los exámenes neurológicos que se apoyan en los datos proporcionados por el electroencefalograma y la cartografía cerebral, así como de la exploración pediátrica que insiste en ensayos de coordinación y persistencia de movimientos, la valoración de la hiperactividad se completa con una evaluación psicológica que tiene varios ejes: información proporcionada por adultos significativos para el niño (padres y profesores), informes del propio niño y observaciones que sobre su conducta realizan otras personas en el medio natural.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

6.1. Los procedimientos de evaluación.

Los procedimientos de evaluación que se emplean con más frecuencia son los siguientes:

- Entrevistas.
- Escalas de evaluación.
- Instrumentos aplicados al niño.
- Métodos mecánicos.

6.1.1. Entrevistas.

Se aplican por separado a los adultos, habitualmente los padres y posteriormente al niño, si dispone de las habilidades que así lo permitan.

Permiten un primer acercamiento a los problemas infantiles.

Las entrevistas para padres deben plantear preguntas referidas a tres aspectos:

- a) Historia del problema: Cómo y cuando surgió, motivos de la consulta actual, si se ha agravado y por qué, efectos ambientales seguidos, etc.
- b) Desarrollo evolutivo del niño: Información sobre cómo se ha desarrollado la adquisición de habilidades motoras y lingüísticas básicas, historial médico y psicológico.
- c) Evaluación familiar: Analizar aspectos socioeconómicos y psicológicos de los miembros de la familia, relaciones padres e hijos.

6.1.2. Escalas de evaluación.

Evalúan mediante la información que proporcionan los padres, profesores y adultos que permanecen en contacto con el niño en su medio, requieren breves instrucciones del especialista y su posterior corrección e interpretación no exige mucho tiempo o esfuerzo.

6.1.3. Instrumentos aplicados al niño.

Factores Positivos de la Socialización", "Escala de Hábitos Perturbadores de la Socialización".

Para evaluar mediante la información proporcionada por el propio niño se emplean pruebas que detectan déficit perceptivo, cognitivos, de coordinación visomotora y de rendimiento intelectual. Tenemos: "Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños" (WISC), aplicable entre 5 y 15 años. "Test gestáltico Visomotor de Bender", "Test de Desarrollo de la Percepción Visual de Frostig".

6.1.5. Métodos mecánicos.

Son mecanismos automatizados que se utilizan para medir el nivel de actividad. La elección del método depende del tipo de movimiento que interese anotar. Su utilización se restringe a situaciones de laboratorio, no se emplean en el medio natural del niño. Entre estos métodos se encuentran: actómetros, oscilómetros y células fotoeléctricas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

Los actómetros sirven para registrar el movimiento de la parte del cuerpo en la que se acoplan el brazo o la espalda. Viene a ser como una especie de reloj de cuerda que el niño lleva en la muñeca y que registra su actividad motora mediante los movimientos de las agujas.

Los oscilómetros son cojines sensibles a la presión, entre ellos, el cojín estabilimétrico, que se coloca en una silla y registra el movimiento de balanceo.

Las células fotoeléctricas se emplean para registrar los movimientos infantiles de un lado a otro, analizan los desplazamientos motores del niño en una habitación.

La utilización de los métodos mecánicos está limitada a movimientos específicos y por tanto no son medidas válidas para conocer el nivel global de actividad motora.

7. TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD.

Toda iniciativa terapéutica en el campo infantil persigue el objetivo común de favorecer la adaptación y el desarrollo psicológico del niño. Son numerosos los autores que se preguntan si el trastorno se resuelve mediante una intervención terapéutica centrada exclusivamente en el niño, o si, por el contrario, es necesario llevar a cabo actuaciones específicas sobre la familia y el colegio para implicar a los padres y el maestro en la terapia. El tratamiento de la hiperactividad consiste, desde hace varias décadas, básicamente en la administración de fármacos, especialmente estimulantes, así como en la aplicación de métodos conductuales y cognitivos. Ambas modalidades de tratamiento han obtenido éxito al mejorar el comportamiento del niño en distintos aspectos. Así, las terapias que combinan medicación y métodos conductuales y cognitivos pretenden que los efectos conseguidos por los fármacos y técnicas conductuales por separado se sumen y acumulen para lograr que el niño mejore globalmente y su mejoría sea estable y mantenida a través del tiempo. Vamos a analizar cada uno de los tratamientos por separado.

7.1. Tratamiento farmacológico.

A corto plazo, se ha observado disminución del nivel de actividad motora, aumento de la atención y mejoría en el rendimiento de los tests de atención en el laboratorio. Los tratamientos farmacológicos se han basado habitualmente en el empleo de estimulantes, entre ellos, Ritalin/Rubífen (metilfenidato), Dexedrina (dextroanfetamina) y, de posterior aparición, Cylert (pemolina). Los porcentajes indican que aproximadamente entre un sesenta-setenta y noventa por ciento de los niños tratados con estimulantes mejoran en cuanto a su atención e impulsividad.

El médico suele decidir el estimulante más adecuado para cada niño a partir de los siguientes criterios: tiempo que tardan en producirse los efectos sobre el comportamiento infantil, duración de los mismos, efectos secundarios no deseados, confianza que el profesional tiene en el fármaco y con el que está más familiarizado.

Por sus escasos efectos secundarios, el estimulante más comúnmente utilizado es el Metilfenidato.

El tratamiento con estimulantes no está aconsejado en la adolescencia por los posibles riesgos de adicción. El periodo crítico para su administración coincide entre los seis y doce años. En edades



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

inferiores, los resultados no son tan claros por la propia composición de los fármacos e incluso porque el diagnóstico de hiperactividad es menos preciso.

Los estimulantes pueden ocasionar efectos transitorios que no son relevantes y se eliminan reduciendo la dosis o distribuyéndola en distintos momentos del día. Los efectos más frecuentes son insomnio, dolor de cabeza, disforia, etc. Aunque el más preocupante es la pérdida de apetito porque puede originar disminución del peso. También pueden aparecer alteraciones del estado de ánimo, están tristes, tienen más sensibilidad a las críticas, se muestran irritables. Otros efectos menos frecuentes incluyen aumento del ritmo cardíaco y de la tensión arterial.

Aun cuando los estimulantes facilitan que los niños participen en actividades cooperativas y de juego debido al aumento del control de la actividad que conllevan, puede ocurrir que si los compañeros y amigos conocen que el niño toma medicación lleguen a discriminarlo y marginarlo. Por último, los expertos no olvidan los posibles efectos negativos sobre la autoestima y competencia del propio niño. Aquellos que toman fármacos pueden sentirse diferentes a los demás y considerar que sus éxitos en el colegio se deben a la acción de los fármacos más que a su propio esfuerzo y habilidad.

7.2. Tratamiento conductual-cognitivo.

El tratamiento conductual de la hiperactividad se basa en el manejo de las consecuencias ambientales. Mencionaremos dos técnicas: las técnicas operantes y las técnicas cognitivas.

Los métodos operantes se orientan hacia el control de las conductas alteradas y suponen que éstas dependen de factores, acontecimientos o estímulos presentes en el ambiente. Por tanto, al controlar las circunstancias ambientales es posible reducir, alterar y mejorar el comportamiento infantil. El modelo operante hace especial hincapié en las consecuencias que siguen a un comportamiento cuando aparece. Según este enfoque, las conductas se emiten y mantienen por los efectos que provocan en el ambiente.

Cuando un comportamiento va seguido de una recompensa (halagos, caricias, dulce...) o consigue evitar y eliminar alguna situación nociva para el individuo se observa un aumento en su frecuencia de aparición.

Cuando los padres deciden ignorar los comportamientos no deseables de sus hijos (rabieta, gritos...) estas conductas se reducen y desaparecen.

Cuando una conducta es seguida de consecuencias negativas en forma de castigo, reproches... dicha conducta desaparece.

Actuando según las indicaciones de un profesional que aplicará los conceptos de refuerzo, extinción y castigo, las conductas alteradas cambiarán y se fomentará comportamientos adecuados en casa y en el colegio.

El tratamiento conductual favorece las conductas orientadas a la realización de actividades escolares. Presta atención tanto al déficit de aprendizaje como a las conductas alteradas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

Cuando una conducta es seguida de consecuencias ambientales favorables, se mantiene en el repertorio de comportamientos habituales del niño. En los casos de hiperactividad, la atención diferencial que prestan los adultos actúa como reforzador.

A veces el tratamiento se apoya en "contratos de contingencia" que firman adultos (padres, profesor) y el niño comprometiéndose ambas partes a cumplir lo acordado. Los padres entregarán las recompensas elegidas, evitarán los reproches y reprimendas, y el hijo cumplirá con las conductas adecuadas.

Además de favorecer conductas apropiadas, los programas de intervención conductual contemplan la aplicación de métodos para disminuir y eliminar directamente los comportamientos alterados. Con este objetivo se administran "extinción, coste de respuesta, tiempo fuera y sobrecorrección".

La extinción de las conductas anómalas se produce cuando los padres, los adultos en general y compañeros no prestan atención al niño, dirigen la mirada hacia otro lado, no hacen comentario alguno.

El tiempo fuera es útil para controlar a estos niños, si bien sus efectos aumentan cuando se combina con la extinción. El procedimiento consiste en eliminar temporalmente, durante unos minutos, las recompensas que mantienen esa conducta. Por ejemplo: un alumno alborota e interrumpe las actividades escolares a pesar de las indicaciones del profesor, puede ser enviado fuera del aula donde debe permanecer durante un periodo breve de tiempo antes de regresar a la clase.

El coste de respuesta implica la retirada de ciertas cantidades de reforzadores, por ejemplo fichas ya obtenidas o también la pérdida de alguna consecuencia positiva esperada por el niño. Este método equivale a multas que se le imponen por haber actuado incorrectamente.

La sobrecorrección consiste en la reparación de los efectos que originan los comportamientos y actos destructivos y en la ejecución de alguna conducta adaptada. Por ejemplo: En casa, el niño, irritado, arroja al suelo un objeto, ha de limpiar y recoger los restos en la habitación donde ha ocurrido el incidente y además deberá limpiar otras habitaciones de la vivienda.

7.2.1. Intervención de coterapeutas (padres y profesores) en los tratamientos conductuales.

La puesta en práctica de las técnicas conductuales es precedida por 10. Explicación a los adultos implicados de algunos conceptos básicos de la modificación de conducta, tales como reforzamiento, refuerzo, extinción, castigo, etc. Así como de instrucciones específicas y detalladas acerca de cómo han de comportarse ellos mismos e interactuar adecuadamente con los hijos y alumnos.

A lo largo de la intervención conductual, el terapeuta hace un seguimiento continuado de la actuación de los padres para conocer cómo es la evolución del niño y su respuesta al tratamiento, con el objetivo de poder planificar los cambios y modificaciones oportunas en el proceso terapéutico. Estos contactos también sirven para proporcionar apoyo psicológico a los padres y garantizar la motivación necesaria para continuar y concluir con éxito la terapia.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

La eficacia de estos procedimientos dependerá de ciertos factores como el valor de incentivo Y motivación que tienen los reforzadores empleados, el nivel de implicación de los compañeros en el mismo, el tipo de castigo, el entorno familiar en el que se desarrolla la terapia, la naturaleza del entrenamiento recibido por padres y profesores y la duración del tratamiento.

Dentro de las técnicas cognitivas debemos hablar del Entrenamiento en Autoinstrucciones y del Método de Resolución de Problemas.

Las técnicas cognitivas parten de la base de que los niños hiperactivos tienen déficit en las estrategias y habilidades cognitivas que se requieren para ejecutar satisfactoriamente las tareas escolares. Por tanto, se considera que sus perturbaciones y comportamientos alterados son secundarios a las deficiencias cognitivas que les caracterizan.

El Entrenamiento en Autoinstrucciones consiste en modificar las verbalizaciones internas que un sujeto emplea cuando realiza cualquier tarea y sustituirlas por verbalizaciones que son apropiadas para lograr el éxito. El objetivo de la técnica no es enseñar al niño qué tiene que pensar sino cómo ha de hacerlo. Así pues, el método consiste en aprender un modo apropiado, una estrategia para resolver los fracasos y hacer frente a nuevas demandas ambientales. En cuanto a la eficacia del procedimiento, hemos de señalar que si bien es eficaz para modificar las estrategias cognitivas al menos en tareas sensoriomotoras, no modifica significativamente las conductas sociales alteradas y existen serias dudas acerca de que la estrategia aprendida se generalice y emplee para resolver dos técnicas, la de la Tortuga y el Entrenamiento en solución de problemas interpersonales.

La técnica de la Tortuga que incluye además modelado y relajación, tiene como objetivo último enseñar a los niños a autocontrolar sus propias conductas alteradas, impulsivas e hiperactivas. De manera resumida, el procedimiento consiste en definir y delimitar el problema actual, plantear las posibles soluciones al mismo y elegir una vez valoradas sus consecuencias y resultados, aquella que se considera más apropiada.

Finalmente se ha de poner en práctica la solución elegida y verificar sus resultados a partir de los cambios o mejoras que se consiguen. El entrenamiento en solución de problemas interpersonales aplicado con niños impulsivos pretende reducir sus dificultades de adaptación social, mediante el aprendizaje de estrategias cognitivas que le permitan analizar los problemas interpersonales, buscar soluciones eficaces y aplicarlas en el marco de las interacciones sociales.

En general, los programas basados en la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas han logrado resultados favorables en alguno de los aspectos deficitarios del trastorno, como la atención, pero, sin embargo, queda pendiente la modificación de los comportamientos antisociales y el mantenimiento de la mejoría en períodos prolongados de tiempo.

La combinación de procedimientos conductuales y cognitivos con el tratamiento farmacológico es una de las opciones más acertadas y defendidas por los especialistas. No obstante, la decisión última sobre el tratamiento depende de factores como el estado clínico del niño, las posibilidades ambientales de aplicar las técnicas, etc.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

8. ORIENTACIONES PRÁCTICAS

Aunque no podamos influir decisivamente en la aparición del problema, sí podemos contribuir a mejorar su evolución a través de dos vías de actuación.

- En primer lugar, enseñando a los propios niños hiperactivos a practicar ejercicios físicos y actividades encaminados a incrementar la inhibición muscular, relajarse, aumentar el control corporal y la atención y, en consecuencia, adaptarse a las tareas y demandas que se le plantean sobre todo en el colegio.
- En segundo lugar, actuando en el ambiente familiar y social que ejerce en todo caso una influencia determinante en el pronóstico de estos niños. Estas actuaciones se concretan en orientaciones y sugerencias específicas para que padres y profesores adopten actitudes positivas hacia sus hijos y alumnos, y pongan en práctica normas de actuación correctas que favorezcan las interacciones y faciliten la convivencia familiar y escolar.

Los especialistas indican que las familias consistentes y equilibradas, así como el ajuste social y emocional de los niños, son factores que pronostican una mejor evolución.

En consecuencia, el modo más eficaz de prestar ayuda a los niños hiperactivos pasa por mejorar el clima familiar, las habilidades de los padres y maestros para controlar los comportamientos anómalos y eliminar las interacciones negativas entre adultos y niños y de esta forma evitar las experiencias de fracaso y rechazo que éstos sufren habitualmente. Sin embargo, no basta con ser más tolerantes y pacientes; los expertos coinciden en aconsejar que los adultos, además de estas actitudes, deben adoptar normas apropiadas de actuación que incluyen tanto establecer reglas explícitas para regular la convivencia como administrar castigos cortos pero eficaces.

Algunas de las pautas recomendadas para favorecer las interacciones positivas entre padres e hijos son:

- Si los padres establecen normas de disciplina es muy importante que las hagan explícitas, es decir, que el niño sepa exactamente qué es lo que se espera de él.
- Las instrucciones y respuestas verbales de los adultos han de ser breves, precisas y concretas.
- La respuesta de los padres ante la violación de las normas ha de ser proporcional a la importancia de la infracción. Es aconsejable que, antes de responder, los adultos se detengan unos instantes a pensar y valorar desapasionadamente lo ocurrido.
- Tarea comprometida de antemano, que los niños pierdan algunos privilegios ya adquiridos.
- Los castigos deben tener una duración limitada, no es útil prolongarlos sistemáticamente, pues son difíciles de cumplir, pueden originar en el niño ansiedad y sentimientos negativos.
- Tratándose de niños hiperactivos, no es aconsejable que los padres limiten las salidas de casa y los contactos con los amigos.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

- Conviene establecer hábitos regulares, es decir, horarios estables de comida, sueño, para ver la televisión, hacer los deberes, etc.
- Los adultos deben estar atentos y discriminar las señales que prevén la proximidad de un episodio de rabietas, desobediencia, rebeldía, etc.; de este modo, les será fácil controlarlo alejando al niño de la situación conflictiva, facilitándole juguetes que le puedan distraer, etc.
- Cuando el niño tiene que realizar tareas nuevas, es útil ensayar con él para guiar su actuación.
- Es esencial que los adultos adopten un enfoque positivo en sus relaciones con los niños.
- Conviene no olvidar los efectos del aprendizaje social. Los niños observan lo que ocurre a su alrededor y después reproducen los comportamientos aprendidos.

BIBLIOGRAFÍA.

- ⇒ Moreno, I. (1995). *Hiperactividad, prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Editorial Pirámide. Madrid.
- ⇒ Green, C. (2000). *El niño muy movido o despistado*. Editorial Médici. Barcelona.
- ⇒ Polaino Lorente, A y otros. (1997). *Manual de hiperactividad infantil*. Editorial Unión. (Madrid).
- ⇒ Taylor, E. (1985). *El niño hiperactivo. Guía para padres*. Editorial Edaf. Madrid.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Antonio David Mures Pintor.
- E-mail: davidmures@hotmail.com.