



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

“LA HIPERACTIVIDAD EN EDUCACIÓN INFANTIL”

AUTORÍA Mª JANET BARBARROJA VACAS
TEMÁTICA EDUCACIÓN
ETAPA EI

Resumen

La hiperactividad infantil es un trastorno de la conducta. Los niños hiperactivos son capaces de desarrollar una actividad motora extremadamente intensa, de tal forma que se mueven constantemente y es difícil mantenerlos quietos. Los pequeños comienzan a sufrir este trastorno, casi, desde que nacen. Por ello, es muy importante conocer los síntomas de la hiperactividad infantil.

Palabras clave

Hiperactividad

Alteración

Nerviosismo

Desconcentración

Distracción

Diagnóstico

1. INTRODUCCIÓN

La hiperactividad es un trastorno de la conducta en niños, descrito por primera vez en 1902 por Still. Se trata de niños que desarrollan una intensa actividad motora, que se mueven continuamente, sin que toda esta actividad tenga un propósito. Van de un lado para otro, pudiendo comenzar alguna tarea, pero que abandonan rápidamente para comenzar otra, que a su vez, vuelven a dejar inacabada. Esta hiperactividad aumenta cuando están en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantienen relaciones frecuentes. Por el contrario, disminuye la actividad cuando están solos.

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,



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

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.

La opinión más generalizada entre los expertos es que múltiples factores interactúan ejerciendo cada uno sus efectos propios pero en una actuación conjunta.

Las alteraciones cerebrales y el retraso mental influyen en la aparición de la hiperactividad, pero no lo hacen de manera exclusiva y determinante.

Sus efectos se enmarcan en el contexto de una interacción en la que intervienen conjuntamente con factores psicológicos y ambientales.

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 toxemia 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 período 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 cuanto a los factores genéticos se ha visto que un número considerable de padres de niños hiperactivos manifestaron conductas de este tipo durante su infancia. Las alteraciones psicológicas de los padres influyen en los niveles elevados de actividad motora y déficit de atención observados en los niños hiperactivos.

Según los datos de diferentes trabajos, 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.

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.

Otra línea de investigación sobre la etiología del trastorno se centra en identificar la posible influencia de alteraciones bioquímicas en la aparición de estos problemas. Aunque no existen datos definitivos, parece que la dopamina y la norepinefrina son las dos monoaminas más claramente relacionadas con el trastorno hiperactivo.

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 pero no hay pruebas fiables que demuestren una relación causal.

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno que aparece en niños a muy temprana edad y que consiste en alteraciones en el Sistema Nervioso Central, manifestándose en tres áreas fundamentales: atención, impulsividad y exceso de actividad:

Problemas de atención:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

Son niños que se distraen con excesiva facilidad, que no atienden cuando se les habla, que son incapaces de mantener la atención en una tarea durante un tiempo determinado, etc. Suelen describirlos como: "hay que estar siempre encima de ellos", "nunca terminan sus tareas", "están siempre en la luna", o "no escuchan".

Impulsividad:

Tienen problemas para esperar turnos, seguir instrucciones, realizar actividades para conseguir algo una vez realizado, son excesivamente arriesgados en sus juegos provocando esto numerosas caídas y lesiones. Además, tienen poca tolerancia a la frustración y suelen responder sin reflexionar, equivocándose con frecuencia. Sobre este aspecto, es frecuente escuchar cosas como: "cuando le digo que tiene que cenar y después podrá ver la tele, se lanza al sofá como si no hubiese escuchado la condición", "se salta todas las normas, no me hace caso".

Exceso de movimiento y actividad:

Hablan continuamente, se mueven de forma continua, no pueden estar mucho tiempo sentados, hacen ruidos, saltan y se mueven de forma no apropiada en las situaciones. Pueden cambiar de actividad con frecuencia y no terminar ninguna de ellas. Este exceso de actividad no cesa en horas nocturnas provocando serios problemas de sueño en estos niños.

Además de estas tres áreas problemáticas que pueden manifestarse con diferente grado en cada niño, suelen presentarse otros problemas asociados a estas dificultades:

- Problemas de conducta: rechazo a las órdenes, rabietas y agresividad.
- Bajo rendimiento escolar y problemas de aprendizaje.
- Problemas de relación con sus compañeros.
- Síntomas emocionales: ansiedad, baja autoestima...

2. RASGOS DE UN NIÑO HIPERACTIVO

Según Still, estos niños son especialmente problemáticos, poseen un espíritu destructivo, son insensibles a los castigos, inquietos y nerviosos. También son niños difíciles de educar, ya que pocas veces pueden mantener durante mucho tiempo la atención puesta en algo, con lo que suelen tener problemas de rendimiento escolar a pesar de tener un cociente intelectual normal. Son muy impulsivos y desobedientes, no suelen hacer lo que sus padres o maestros les indican, o incluso hacen lo contrario de lo que se les dice. Son muy tercos y obstinados, a la vez que tienen un umbral muy bajo de tolerancia a las frustraciones, con lo que insisten mucho hasta lograr lo que desean. Esto junto sus estados de ánimos bruscos e intensos, su temperamento impulsivo y fácilmente excitable, hace que creen frecuentes tensiones en casa o en el colegio. En general son niños incapaces de estar quietos en los momentos que es necesario que lo estén. Un niño que se mueva mucho a la hora del recreo y en momentos de juego, es normal. A estos niños lo que les ocurre es que no se están quietos en clase o en otras tareas concretas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

2. 1 Los indicadores de hiperactividad según la edad del niño

- De 0 a 2 años: Descargas mioclónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.
- De 2 a 3 años: Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.
- De 4 a 5 años: Problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas.
- A partir de 6 años: Impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.

3. CAUSAS DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL

La hiperactividad infantil es bastante frecuente, calculándose que afecta aproximadamente a un 3% de los niños menores de siete años y es más común en niños que en niñas (hay 4 niños por cada niña). En el año 1914 el doctor Tredgold argumentó que podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria; explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de estarse quietos. Posteriormente en el 1937 C. Bradley descubre los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. Basándose en la teoría anterior, les administraba medicaciones estimulantes del cerebro (como la benzedrina), observándose una notable mejoría de los síntomas.

3.1 Síntomas en un niño hiperactivo

Los síntomas pueden ser clasificados según el déficit de atención, hiperactividad e impulsividad:

- Dificultad para resistir a la distracción.
- Dificultad para mantener la atención en una tarea larga.
- Dificultad para atender selectivamente.
- Dificultad para explorar estímulos complejos de una manera ordenada.
- Actividad motora excesiva o inapropiada.
- Dificultad para acabar tareas ya empezadas.
- Dificultad para mantenerse sentados y/o quietos en una silla.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

- Presencia de conductas disruptivas (con carácter destructivo).
- Incapacidad para inhibir conductas: dicen siempre lo que piensan, no se reprimen.
- Incapacidad para aplazar las cosas gratificantes: no pueden dejar de hacer las cosas que les gusta en primer lugar y aplazan todo lo que pueden los deberes y obligaciones. Siempre acaban haciendo primero aquello que quieren.
- Impulsividad cognitiva: precipitación, incluso a nivel de pensamiento. En los juegos es fácil ganarles por este motivo, pues no piensan las cosas dos veces antes de actuar, no prevén, e incluso contestan a las preguntas antes de que se formulen.

4. CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA CON UN NIÑO HIPERACTIVO

Los padres suelen definir a un hijo hiperactivo como inmaduro, maleducado y gamberro. Sus comportamientos generan conflictos en la familia, desaprobación y rechazo. Son irritantes y frustrantes en cuanto al éxito educativo de los padres, y algunos niños tienden al aislamiento social. Este trastorno ya se detecta antes de los 7 años y unos tienen síntomas más graves que otros. Una cosa que hay que tener en cuenta, es que si los padres riñen exageradamente al niño hiperactivo, pueden estar fomentando un déficit de autoestima por su parte (sobre todo si lo critican por todo lo que hace) y realimentan el trastorno, ya que el pequeño acabará por no esforzarse por portarse bien, pues verá que siempre acaban riñéndole haga lo que haga.

5. EVALUACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad es un trastorno que no es fácil de medir, ya que la conducta no suele ser extraña o inusual en niños de la misma edad. La edad crítica son los cinco ó seis años. A ésta edad se le exige un comportamiento disciplinado en el colegio y el niño hiperactivo no es siempre capaz de ajustar su conducta a las reglas de la clase, con lo que si a partir de esta edad hay un comportamiento extraño conviene que se le diagnostique cuanto antes.

El diagnóstico del niño hiperactivo obliga a una valoración rigurosa de los distintos contextos(colegio, hogar, etc) y por los diversos responsables (padres, profesores, etc), que conviven con él. El diagnóstico del niño hiperactivo no cuenta con pruebas o técnicas que confirmen de una manera precisa y evidente el trastorno como cuando, por ejemplo, se hace un análisis de sangre.

La presencia o no de la hiperactividad no puede establecerse a través de un test de inteligencia, una cartografía cerebral o una nueva entrevista con los padres. Los instrumentos y las sucesivas fases que se siguen para el diagnóstico serían los siguientes:

Entrevista clínica:

C/ Recogidas Nº 45 - 6ªA 18005 Granada csifrevistad@gmail.com



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

Con la entrevista se pretende obtener información a través de los padres sobre el desarrollo y conducta del niño.

Para ello, es preciso evaluar los siguientes aspectos: embarazo, parto, desarrollo psicomotriz, enfermedades padecidas, escolaridad y la esfera afectivo-comportamental.

Observación de la conducta del niño:

Además de la información que obtenemos de los padres, necesitamos la presencia de un especialista para que observe la conducta del niño. Dicha observación puede hacerse desde el contexto natural (casa, colegio..) o en la propia consulta donde se está realizando la evaluación.

Para tal observación podemos utilizar el Código de Observación sobre la Interacción Madre-hijo. Se utiliza con niños de 2 y 3 años en una situación de juego y se analiza el estilo de comunicación entre la madre y el hijo: el tono y la adecuación de la directividad de la madre, el tono afectivo en el que se encuentran y el grado de conflicto que hay entre ambos.

El Código de Observación en el aula de Abikoff y Gittelman, es una buena ayuda para evaluar la conducta del niño en el colegio.

Evaluación Individualizada del niño hiperactivo:

El último paso del diagnóstico sería obtener información detallada sobre el desarrollo intelectual, estilos cognitivos, presencia o ausencia de síntomas neurológicos menores, impulsividad, desarrollo perceptivo, coordinación motora, capacidad de atención y nivel de actividad motora.

Para medir el desarrollo intelectual del niño se utiliza la "Escala de Inteligencia para niños de Wechsler" (se compone de doce pruebas distribuidas en dos grupos: el verbal y el manipulativo).

Los estilos cognitivos se refieren a las diferentes maneras que tienen los niños con Déficit de Atención de enfrentarse al aprendizaje. Se han estudiado la "reflexión" frente a la "impulsividad", que consiste en elegir entre varias alternativas. El test más utilizado para evaluar este estilo cognitivo es el "Test de Emparejamiento de figuras Familiares", Cains y Cammock, 1978.

La "dependencia" frente a la "independencia de campo", se trata de evaluar cómo percibe el niño su medio, es decir, si percibe partes como elementos del contexto (independencia).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

o el contexto en su globalidad (dependencia) . El instrumento utilizado para ello ha sido el "Test de figuras enmascaradas" Karp y Konstandt, 1963.

El último estilo cognitivo es el de la "flexibilidad" frente al de la "reflexión" se trata de ver la capacidad del niño para controlar los estímulos sin importancia y omitir las respuestas incorrectas. EL test que más se utiliza es el "Test de Distracción del color" , Santostefano y Paley, 1964

Otro aspecto importante para evaluación individualizada del niño en la Integración visomotriz,. Para ello se utiliza el "Test Guestáltico de Bender", con el que se pretende medir la madurez y la coordinación visual de la búsqueda y ejecución manual de unos dibujos presentados mediante tarjetas.

Medir los Signos neurológicos menores es importante, ya que muchos de los niños hiperactivos lo presentan. Para ello utilizamos el Test Discriminativo Neurológico Rápido, de Sterling y Spalding. Cuenta con tareas como: Habilidad manual, Reconocimiento y reproducción de figuras, Movimientos manuales rápidos, reconocimiento de formas en la palma de la mano, Hacer círculos con los dedos...

La Exploración Neurofisiológica , reciente en la evaluación del niño hiperactivo, se utiliza la cartografía cerebral, técnica de neuroimagen funcional que permite conocer el grado de activación eléctrica de la corteza cerebral mediante su representación en mapas cromáticos.

Déficit de Atención, las pruebas utilizadas para ello son diversas, en función de la capacidad de atención (Tiempo de reacción en las tareas de elección, en las tareas secuenciales, test de ejecución continua y tareas de vigilancia.)

Por último, el Nivel de actividad motora , para ello se utilizan dos instrumentos, el "podómetro"(contabiliza los pasos que el niño da) , el "actómetro"(reloj de pulsera que también mide el movimiento) y el "cojín estabilímetro" mide el movimiento del niño mientras que está sentado.

También podemos contar con una escala para padres y profesores. Es la llamada Escala de Conners", 1969.

La escala de Corners para padres contiene 96 preguntas agrupadas en 8 factores:

- o Alteraciones de conducta
- o Miedo
- o Ansiedad
- o Inquietud-Impulsividad



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

- o Inmadurez- problemas de aprendizaje
- o Problemas Psicosomáticos
- o Obsesión
- o Conductas Antisociales
- o Hiperactividad

La escala de Corners para profesores es mucho más breve y está compuesta de 39 preguntas agrupadas en 6 factores:

- o Hiperactividad
- o Problemas de conducta
- o Labilidad emocional
- o Ansiedad-Pasividad
- o Conducta Antisocial
- o Dificultades en el sueño

6. TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD

El tratamiento depende de cada caso individual.

El tratamiento farmacológico es a base de estimulantes para ayudar a que el niño pueda concentrarse mejor, y sedantes en el caso de que el niño muestre rasgos sicóticos.

El tratamiento psicoterapéutico está destinado a mejorar el ambiente familiar y escolar, favoreciendo una mejor integración del niño a la vez que se le aplican técnicas de modificación de conducta.

El tratamiento cognitivo o autoconstrucciones, se basa en el planteamiento de la realización de tareas, donde el niño aprende a planificar sus actos y mejora su lenguaje interno. A partir de los 7 años el lenguaje interno asume un papel de autorregulación, que estos niños no tienen tan desarrollado. Para la realización de cualquier tarea se le enseña a valorar primero todas las posibilidades de la misma, a concentrarse y a comprobar los resultados parciales y globales una vez finalizada.

7. BIBLIOGRAFÍA

AJURIAGUERRA, J. (1976). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Toray-Masson

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. (1982). Manual de Psicopatología del Niño. Barcelona: Toray-Masson.

AJURIAGUERRA, BRESSON, INIZAN, STAMBAK Y OTROS. (1977). La dislexia en cuestión. Madrid: Pablo del Río.

BERGERON, M. (1974). El desarrollo psicológico del niño. Madrid: Morata.

BION, W. R. (1987). Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós.

C/ Recogidas Nº 45 - 6ºA 18005 Granada csifrevistad@gmail.com



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 15 – FEBRERO DE 2009

BION, W. R. (1996). Volviendo a pensar. Buenos Aires: Hormé.

CHBANI, H.; PEREZ-SANCHEZ, M. (1998). Lo cotidiano y lo inconsciente. Barcelona: Paidós.

CHBANI, H.; PEREZ-SANCHEZ, M. (1998). Método de observación Bick. Valencia: Promolibro.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA: 0-3. (1998). Barcelona: Paidós.

DSM IV .(1997). Barcelona: Masson

FREUD, S. (1983) Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.

GENERALITAT DE CATALUNYA. (1996). El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Barcelona.

KLEIN, M. (1990). Obras Completas. Barcelona: Paidós.

MELTZER, D.; HARRIS, M. (1989). El paper educatiu de la família. Barcelona: Espaxs.

MELTZER, D. (1990). Desarrollo kleiniano. Buenos Aires: Spatia.

MELTZER, D. (1990). Metapsicología ampliada. Buenos Aires: Spatia.

MELTZER, D.; HARRIS WILLIAMS, M.(1990) La aprehensión de la belleza. Buenos Aires : Spatia.

MELTZER, D. (1997). Sinceridad y otros trabajos. Buenos Aires: Spatia.

OSTERRIETH, P.(1974) Psicología infantil. Madrid: Morata.

PEREZ-SANCHEZ, M. (1981). Observación de bebés. Barcelona: Paidós.

PEREZ-SANCHEZ, M. (1986). Observación de niños. Barcelona: Paidós.

PIAGET, J; INHELDER, B. (1973) Psicología del niño. Madrid: Morata.

Autoría

- M^a Janet Barbarroja Vacas
- Córdoba
- janet1985bv@hotmail.com