



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

“LA HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS”

AUTORÍA M^a JANET BARBARROJA VACAS
TEMÁTICA PSICOLOGÍA
ETAPA EP

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es una afección neurobiológica que se caracteriza por un nivel inapropiado de inatención (concentración, distracción), hiperactividad e impulsividad que es incoherente con el nivel de desarrollo del individuo y que se produce en varios entornos de la vida del niño: en la escuela, en casa y en contextos sociales.

Palabras clave

Hiperactividad

Atención

Trastorno

Dificultades

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.

TDAH no es un retraso mental ni falta de inteligencia. Esta idea falsa ha surgido porque las dificultades atencionales pueden incidir negativamente en el rendimiento académico. El TDAH puede darse en personas de cualquier nivel de inteligencia



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

TDAH no es:

- Pereza ni falta de motivación
- Mala conducta intencionada
- Ausencia total de capacidad para fijar y mantener la atención

En la población pediátrica, se identifica el TDAH más en varones que en mujeres. La mayoría de los expertos creen que se comunica una incidencia mucho menor de TDAH en niñas y mujeres adolescentes porque las niñas tienden a sufrir el subtipo con predominio de inatención y es el subtipo hiperactivo (y la perturbación asociada) el que llama la atención de los adultos y precipita la derivación del paciente para ser valorado. Por tanto, la relación de varones a niñas con un diagnóstico de TDAH es de más o menos 4:1 en la población general.

El TDAH supone dificultades en muchas facetas del desarrollo normal del niño. En el niño con TDAH existen alteraciones que producirán un rendimiento académico pobre, asociado a una baja autoestima, alteraciones emocionales y problemas en la integración social.

Si bien estos síntomas no suelen incapacitar a los niños con TDAH a alcanzar ciertas metas profesionales, éstos suponen verdaderas limitaciones con el paso del tiempo: en el rendimiento escolar, en las relaciones interpersonales, en el desarrollo de la personalidad.

Los niños con TDAH experimentan muchas dificultades para concentrarse y prestar atención; se aburren fácilmente y no terminan sus actividades correctamente. Esto hace que su rendimiento en clase sea menor de lo esperado con respecto a su capacidad intelectual.

El niño con TDAH no puede dejar de serlo, dado que no se puede hacer que desaparezcan las causas de su trastorno (una alteración evolutiva que afecta a la maduración de algunas de sus funciones mentales y a su desarrollo). Sin embargo, es posible mitigar o eliminar las consecuencias negativas o síntomas que produce este trastorno.

Un buen tratamiento, aplicado desde muy temprana edad, puede evitar los déficits en las capacidades afectadas por el trastorno y en el proceso de aprendizaje, que interfieren en la maduración del niño. En la mayor parte de los casos "dependiendo del tiempo de evolución del trastorno sin tratamiento", se pueden evitar las limitaciones en el rendimiento escolar, en la percepción de sí mismo y del entorno, el desarrollo de la competencia social, etc.

2. ASPECTOS QUE BENEFICIAN AL TRANSTORNO

Existen varios factores que ayudan a una buena evolución del trastorno:

- Un diagnóstico precoz
- Una educación coherente por parte de los padres

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



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- La transmisión de valores positivos y estabilidad familiar
- El conocimiento por parte de los profesores y adaptación de las actividades educativas
- La colaboración entre los padres y la escuela

Por el contrario, los siguientes factores pueden empeorar el pronóstico de TDAH:

- Un diagnóstico retardado
- Fracaso escolar
- Una educación demasiado permisiva o severa
- Desavenencias y hostilidad entre los padres
- Problemas de salud en el niño
- Precedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales u otros trastornos mentales

2.1. Adolescentes con TDAH

El adolescente con TDAH que no reciba tratamiento durante la infancia tendrá unos síntomas más marcados y podría mostrar otras alteraciones asociadas, como :

- Empezar múltiples proyectos de forma simultánea, pero rara vez los terminan
- Tener dificultades para organizarse
- Posponer proyectos que requieren que se preste mucha atención a los detalles
- Tener problemas para recordar citas u obligaciones
- Tener problemas para mantenerse sentados durante reuniones u otras actividades
- Estar inquietos o moverse constantemente
- Extraviar sus cosas con frecuencia

Una mayor dificultad para comenzar o llevar a cabo un tratamiento. Por todo ello, una detección precoz es fundamental ya que esto posibilitará que los síntomas puedan paliarse o disminuir con el tiempo, permitiendo que el niño desarrolle plenamente todas sus potencialidades; Por eso, es muy importante entablar una buena relación entre el niño y el médico.

Conocer el problema para poder comprender e intervenir adecuadamente. Esto implica asesorar a los padres en la derivación del niño a un especialista adecuado y comprender las necesidades específicas del niño.

La colaboración entre colegio y familia es fundamental para un tratamiento efectivo. En muchos casos, el niño necesitará una valoración pedagógica que determine sus necesidades académicas, así como un plan de intervención escolar personalizado. Por otra parte, el profesorado debe informar a los padres a lo largo de todo el curso escolar, intercambiando información y experiencias, fomentando la colaboración entre la escuela y la familia.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

Cuanto más sepan, lean y pregunten sobre el TDAH, mejor podrán los padres y familiares ayudar al niño. Deben buscar un médico para que evalúe y trate al niño, un médico que sea experto en niños con TDAH y que tenga tiempo y paciencia para seguir al niño a lo largo de la enfermedad. Un médico que esté disponible. Además, los padres pueden: definir reglas claras de consecuencias y premios para ciertos comportamientos, ayudar al niño a terminar una tarea o encargo dividiéndolo en pasos menores, aumentar la estructura y el orden en casa, establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo, eliminar ruidos y distracciones, modificar la conducta del niño, motivarles, establecer medidas adecuadas de disciplina para que el niño entienda las consecuencias de saltarse las normas.

Los niños con TDAH tienen problemas para concentrarse y atender, y para controlar su comportamiento, porque su cuerpo quiere moverse mucho. Existen algunas medidas generales que ayudarían al niño en sus actividades de la vida diaria, tales como: mejorar su concentración, dejar la ropa del colegio y la cartera preparada la noche anterior, para no hacerlo con prisas por la mañana. Es bueno dormir lo suficiente para concentrarse mejor al día siguiente. Debe tomar un buen desayuno y en el caso de que el médico haya iniciado algún medicamento, tomar su medicación por la mañana para poderse concentrar y tener energía. Puede hacer una lista de estas cosas para acordarse.

Se estima que más del 80% de los niños que presentan el trastorno continuarán padeciéndolo en la adolescencia, y entre el 30-65% lo presentarán también en la edad adulta. Sin embargo, las manifestaciones del trastorno irán variando notablemente a lo largo de la vida. Sólo un buen tratamiento.

Muchos de los adultos con TDAH han compensado sus deficiencias y han aprendido a controlar las consecuencias negativas, que no constituyen un impedimento importante en el desarrollo de buena parte de su actividad. Sin embargo, otros no han desarrollado adecuadamente algunas de las facetas básicas de la persona, sufriendo trastornos de la personalidad, alteraciones emocionales graves, problemas afectivos o laborales, mayores tasas de accidentes de tráfico, dificultades en las relaciones sociales...

3. CARACTERÍSTICAS 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 estarse quietos



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

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.

3.1. Años cruciales de hiperactividad infantil

- De 0 a 2 años: Descargas mio clónicas 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.

4. 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.

4.1. 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.
- 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.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- 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.

4.2. 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.

4.3. 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.

5. DETECCIÓN DEL TDAH

El diagnóstico de TDAH es complejo, y debe basarse en la evaluación clínica realizada por un médico experto en el reconocimiento y tratamiento del mismo, como por ejemplo un neuropediatra, un psiquiatra infantil, un psiquiatra o un neurólogo. Dicha evaluación debe obtenerse tanto de la observación de la conducta del niño como de la información obtenida de padres, colegio, otros familiares, etc.

El médico ante un niño con posible TDAH escuchará a los padres y al niño para que describan la naturaleza de los problemas de su hijo. Además, se recoge la historia del desarrollo, otros problemas médicos del niño, si tienen alergias, si toma alguna medicación y otros datos importantes sobre su



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

escolarización ambiente familiar, social, etc. También se explora si hay TDAH u otros problemas psiquiátricos en familiares del niño, aunque no convivan con él. Además se explora si hay algún tipo de conflicto entre los padres, algún factor estresante, algún cambio reciente o tema sin resolver, y el estilo que tienen los padres para el manejo de los problemas, así como la comunicación entre los padres. En la entrevista se obtienen los datos más importantes para el diagnóstico, y no hay test ni pruebas que puedan sustituir a una buena entrevista, detallada y cuidadosa. Es fundamental que los padres contesten con sinceridad a lo que se les pregunta, sin ocultarle nada, y no sólo dar detalles de lo que ellos creen que es importante.

Además el médico puede usar una serie de cuestionarios de síntomas de TDAH y otros problemas (como ansiedad, depresión, trastorno negativista desafiante). Es recomendable tener una idea del nivel intelectual del niño con un test WISC, de Leiter o en niños mayores de Raven, para así descartar posibles problemas de aprendizaje y cociente intelectual bajo.

El electroencefalograma (EEG) sólo estaría indicado en presencia de signos focales o ante la sospecha clínica de epilepsia o trastornos degenerativos.

En conclusión, el diagnóstico es clínico, mediante entrevista con los padres y el niño, evaluación de información de los profesores, examen físico y pruebas complementarias para descartar otros problemas. Todas las pruebas médicas y exámenes psicológicos sirven para descartar otras causas de hiperactividad e inatención diferentes del TDAH y para ayudar al diagnóstico de TDAH, pero no hay pruebas definitivas.

6. EJERCICIOS PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

Para niños que presenten el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, se recomiendan algunos ejercicios que se pueden trabajar en casa:

1. Pedir al niño que colorea con crayones un papel, sin dejar espacios en blanco. Empezar este ejercicio con hojas de papel A4 e ir aumentando el tamaño hasta medio pliego. Es posible que, la primera vez que hace este ejercicio, el niño no pueda terminar el trabajo. Un adulto debe supervisar esta actividad y debe alentar al niño a completar toda la hoja. Es un ejercicio que debe hacerse cotidianamente, empezando dos veces por semana y aumentando paulatinamente hasta hacerlo a diario.

2. Conseguir planchas de corcho y un punzón (apropiado para niños, sin punta). Pedir al niño que perfora toda la plancha, haciendo la mayor cantidad de huecos posible y lo más próximos entre sí. Igual que en el ejercicio anterior puede empezar con planchas pequeñas e ir aumentando el tamaño.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

Cualquier actividad que realice un niño con trastorno de hiperactividad con déficit atencional (HDA). Los padres deben estimularlo a terminar lo que ha comenzado, inclusive pueden premiar las conductas en las que demuestre constancia y concentración. No se recomienda castigar al niño ni retarlo por distraerse.

Es importante que los padres le den un ambiente de cariño y estabilidad, deben tener horarios y cierta regularidad en las actividades como comer, dormir, ver televisión, realizar tareas, etc.

La hiperactividad con déficit atencional es un trastorno que amerita un tratamiento profesional. Acuda a un psicólogo para que, con una evaluación del caso particular, pueda darle más información.

7. BIBLIOGRAFÍA

-ÁVILA DE ENCIO, C. (1990): Evaluación en hiperactividad infantil a través de procedimientos clínicos, escalares y observacionales en una población escolar de 2º a 4º de EGB. Tesis doctoral presentada en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Complutense, Madrid.

-CABANYES, J y POLAINO-LORENTE, A. (1997a): Bases biológicas y evaluación neurofisiológica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En A. Polaino-Lorente y col., Manual de Hiperactividad Infantil, Madrid. Unión Editorial.

-CABANYES, J Y POLALINO LORENTE, A, (1997b): El perfil psicopatológico del niño hiperactivo: análisis sintomatológico y clínico, en Polaino-Lorente y col, Manual de Hiperactividad Infantil, Madrid, Unión Editorial.

-LÓPEZ MENDIA, M.N. Y NARBONA GARCIA, J. (1988): BATERÍA PARA EL EXAMEN DE LA INTEGRACIÓN PERCEPTIVO-MOTRIZ EN NIÑOS DEL PRIMER CICLO DE EGB. Revista de logopedia Foniatría y Audiología, VIII.

-LÓPEZ RUBIO, J.I. (1989): PROLEC, 90. Material para el entrenamiento lector, Valencia: Institut Municipal d'Educació. Ayuntamiento de Valencia.

-NARBONA, J (1997): Déficit de atención e hiperactividad. En J. NARBONA Y C. CEVRIE-MULLER, El lenguaje del niño, Barcelona: Masson.

-ORJAELS, I. (1991) Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperactivo. Tesis doctoral presentada en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Complutense de Madrid.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

-ORJALES Y POLAINO LORENTE (1992) Estilos cognitivos e hiperactividad infantil: los constructos dependencia e independencia de campo perceptivo e impulsividad, reflexibilidad. Bordón.

-POLAINO LORENTE Y AVILA DE ENCIO (1993): ¿Cómo vivir con un niño hiperactivo? Madrid: Editorial AC.

-POLAINO, AVILA DE ENCIO, CABANYES, GARCIA VILLAMISAR, ORJALES Y MORENO (1997). Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión Editorial.

-ORJALES VILLAR, ISABEL. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Ed. Cepe.

Autoría

- María Janet Barbarroja Vacas
- Córdoba
- janet1985bv@hotmail.com