



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

“DÉFICIT DE ATENCIÓN Y LOS COMPORTAMIENTOS HIPERACTIVOS”

AUTORÍA M^a ENCARNACIÓN MORILLO RAMOS
TEMÁTICA EDUCACIÓN
ETAPA EI, EP, ESO...

Resumen

Resulta importante conocer a fondo la intervención que se llevará a cabo con los alumnos con hiperactividad. Debemos saber que el niño hiperactivo se comporta de forma muy impulsiva y actúan antes de pensar, lo que les puede llevar a conflictos sociales y a fracaso escolar. Experimentan dificultades para concentrarse en una sola actividad y a menudo pasan de una tarea a otra de forma errática, sin terminar lo que empieza.

Palabras clave

Síntomas, Diagnóstico, Atención, Conductas Sociales, Influencias Biológicas, Influencias Ambientales, Influencias Psicosociales, Tratamiento.

1. INTRODUCCIÓN

Debemos saber que el niño hiperactivo se comporta de forma muy impulsiva estos actúan antes de pensar, lo que les puede llevar a conflictos sociales y a fracaso escolar. Experimentan dificultades para concentrarse en una sola actividad y a menudo pasan de una tarea a otra de forma errática, sin terminar lo que empieza. Muchos de ellos no permanecen más de dos minutos haciendo lo que se les ha indicado, si ello requiere mantener la atención de modo persistente. Parecen tener un nivel de energía extraordinariamente elevado y una actividad emprendedora de una intensidad notable. Este trastorno es objeto actualmente de especial preocupación tanto para padres y educadores como para psicólogos, psiquiatras e investigadores.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

En los años setenta se enfatizaba desde la perspectiva funcional (inquietud motora, o sobreactividad) Lo típico de; niño con síndrome hiperactivo es que esté en continuo movimiento, que sólo se concentre durante un momento, que actúe y hable dejándose llevar de sus impulsos, así como que sea impaciente y se desconcierte fácilmente. En casa tiene constantemente problemas a causa de su agitación, alboroto y desobediencia. En la escuela se distrae fácilmente, es raro que termine su trabajo, interrumpe en clase y habla cuando no le corresponde.

Varios años después, en la década de los ochenta, el énfasis se desplazó hacia el déficit atencional y cognitivo. Estos niños ante todo, experimentan dificultades para concentrarse en una sola actividad y suelen pasar de una tarea a otra sin terminar lo que empiezan. Se observan en ellos dificultades de concentración, distraibilidad, impulsividad, junto con torpeza social e inadecuada resolución de problemas.

2. DEFINICIÓN Y DIAGNOSTICO

Se han utilizado muchos términos para referirse a un niño que muestra las características descritas. Los más comunes son hiperactividad, hípercinesia, trastorno impulsivo hipercínético y disfunción cerebral mínima. Parte de esta confusión terminológica puede explicarse por los distintos niveles que se analizan.

El término hiperactividad puede ser utilizado para referirse a:

- Una conducta o síntoma específico (ej. actividad motora excesiva),
- Una serie de conductas complejas que tienden a variar
- Un síndrome clínico o trastorno en el sentido médico, con un origen especificable, una sintomatología concreta, una historia natural y una evolución determinada.

El término distraibilidad hace referencia a la facilidad con que la atención se desvía de una cosa y pasa a otra, o la facilidad con que se interrumpe una tarea sin haberla terminado -atender a lo relevante para la tarea que se está realizando e ignorar lo irrelevante-.

La disfunción cerebral mínima (DCM), apunta al mismo conjunto de síntomas que el síndrome de hiperactividad. La DCM significa el trastorno observado de conducta o el estado mental que se suponen basados en un funcionamiento anormal del cerebro. Los profesionales que no se interesan por la etiología del trastorno hipercinético, sino sólo por la conducta observable, prefieren hablar del síndrome de hiperactividad, mientras que la denominación de DCM es la preferida por aquellos profesionales que creen que el trastorno tiene una etiología biológica o neurológica, por presentar los llamados "signos blandos" observados en los niños diagnosticados de DCM.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

2.1. Criterios Diagnósticos de CIE-10 Y D.S.M.-IV

La CIE-10 propone también un modelo multidimensional en el que el trastorno se presenta como una combinación de comportamiento hiperactivo junto con falta de atención, pero excluyendo como característica primaria la impulsividad, a la que consideran un rasgo asociado. El sistema clasificatorio de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV, 1995) diferencia tres subtipos dentro del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad,

- El primero con predominio de los síntomas de desatención, (Tipo 1)
- El segundo con predominio de los síntomas de hiperactividad-impulsividad (Tipo 2)
- Un tercero, que resulta de la combinación de los dos anteriores. (Tipo 3)

La diferencia entre los dos primeros tipos de TDAH, supone reconocer la distinción de déficit de atención con, o sin hiperactividad. Así pues, el diagnóstico del TDAH debe realizarse considerando las siguientes cuestiones:

- Seis (o más) síntomas de desatención y/o seis (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad
- Incapacidad de la actividad apropiada a la edad durante 6 meses
- Presencia de algunos de los síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad antes de los 7 años
- Estas alteraciones se observan en al menos dos ambientes o situaciones cotidianas.
- Puede observarse un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.
- Los síntomas no se puedan explicar por otra patología mental.

¿Cuáles son los síntomas de la Hiperactividad?

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.

¿Cuáles son los síntomas de la Inatención?

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ej, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2.2. Datos Epidemiológicos

El TDAH parece ser el trastorno infantil más común. Se estima que la prevalencia se sitúa en el 3 y 5% pudiendo en algunas investigaciones llegarse a encontrar hasta un 15%, entre niños de edad escolar; algunos estudios han hallado un índice de prevalencia tan alto como un 20-24%. De los niños remitidos para evaluación y tratamiento, al menos el 50% y a menudo un proporción mayor, son diagnosticados de hiperactivos.

No estamos ante un trastorno poco frecuente. No hay duda de que un número significativo de niños en edad escolar padecen ciertos problemas de falta de atención, impulsividad y relaciones interpersonales. En este momento, la prevalencia estimada más exacta está alrededor del 5%.

Un hallazgo que se repite de forma constante es que hay más niños hiperactivos que niñas; De 3 a 6 varones por cada niña (del 2 al 13% de las niñas pueden ser consideradas hiperactivas, mientras que en el caso de los niños, es del 5 al 24%) Se sabe poco respecto a las niñas hiperactivas, dado que es un subgrupo que ha sido poco estudiado. Aunque las conductas de ambos grupos son, con frecuencia, inapropiadas socialmente, los niños tienen más probabilidad de ser desobedientes y físicamente agresivos.

2.3. Características Clínicas

(A) COMPORTAMIENTO Y EJECUCIÓN DE TAREAS. Una gran proporción de los problemas de los niños hiperactivos implica dificultades en la ejecución de tareas que se espera que hagan los niños de su misma edad.

- **Atención**

Existen múltiples nombres para las categorías de los componentes de la atención. Una de las distinciones que se hace es entre atención selectiva y atención sostenida.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

-¿Qué es la atención sostenida?

Es la atención que tiene lugar cuando un individuo debe mantenerse consciente a los requerimientos de una tarea y ocuparse de ella por cierto tiempo. El mantenimiento y la protección de la atención durante todo el tiempo.

-¿Qué es la atención selectiva o concentrada?

Es la habilidad de una persona para responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación, y pasar por alto o abstenerse de hacer caso de aquellos que son irrelevantes. La atención selectiva se refiere a la habilidad para centrarse en la información relevante de la tarea e ignorar otros estímulos cercanos.

Los niños hiperactivos, cuando la tarea no es difícil, superan a sus compañeros discriminando más en el reconocimiento de los estímulos centrales y no sólo de los incidentales. Se trata de un estilo de procesamiento de la información más amplio. Los conocimientos actuales sobre la atención sostenida son algo más consistentes y menos ligados a situaciones específicas, indicando que los niños con TDAH tienen dificultades detectables en el mantenimiento o protección de la atención durante actividades rutinarias.

- **Competencia cognitiva y rendimiento**

A pesar de que, normalmente, los niños hiperactivos tienen un CI normal (al menos en EE.UU), en algunos estudios puntúan, como promedio, de 7 a 15 puntos del CI por debajo de sus compañeros normales.

En cuanto a los procesos básicos de memoria, estos están intactos en niños hiperactivos, pero se observa un rendimiento inferior cuando el material a procesar es especialmente voluminoso y cuando se requieren estrategias cognitivas o funciones ejecutivas sofisticadas.

- **Impulsividad**

La impulsividad, a menudo es definida como un déficit de control inhibitorio, se considera otro fenómeno central de la hiperactividad y, realmente, aparece como uno de los tres componentes principales del TDAH: contestar repentinamente antes de oír la pregunta, dificultad para aguardar el turno en juegos o en otras situaciones de grupo, interrumpir o estorbar a los demás e involucrarse en actividades físicas peligrosas sin considerar las posibles consecuencias. La impulsividad puede aparecer en diferentes tareas y actividades.

En tareas simples, se puede observar al no seguir las instrucciones de no responder hasta que no aparezca el estímulo diana. En tareas cognitivas más complejas, los problemas de control inhibitorio se manifiestan en la tendencia a empezar una tarea antes de comprender sus objetivos, organizar los materiales, planificar la estrategia o considerar las opciones y consecuencias. La impulsividad también tiene manifestaciones interpersonales obvias y puede contribuir a la alta proporción de accidentes observados en los niños TDAH.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

(B) INTERACCIÓN SOCIAL Y RELACIÓN CON COMPAÑEROS

Los niños con hiperactividad tienen problemas en la convivencia con los demás, tanto con los adultos como con sus compañeros. Los contactos conflictivos invaden su mundo social, y son eludidos por sus amistades. Los problemas sociales son duraderos y generalizados. Cuando los compañeros de clase cumplimentan medidas sociométricas, los hiperactivos más pequeños reciben pocas valoraciones de "me gusta" y muchas de "me desagrada", se les asigna más papeles negativos que positivos en los juegos y obtienen puntuaciones altas en descripciones negativas como "causantes de perturbaciones" y "molestan a los demás". Se ha observado que las conductas hiperactivas suscitan muy frecuentemente conductas negativas y de control y escasos intercambios positivos de profesores y madres.

- **Conductas sociales**

Suelen ser incapaces en las relaciones personales. Pueden iniciar interacciones y actividades con buena intención, pero tanto el momento como el estilo suelen ser inapropiados. Básicamente fastidian a los demás e interrumpen las actividades que realizan.

A menudo estos niños tienen dificultades no tanto por las cosas que hacen sino por cómo las hacen. No cabe duda de que algunos niños hiperactivos son mandones y controladores, tanto con sus compañeros como con sus padres. También muestran altos niveles de desobediencia e incluso de reto violando las normas sociales tanto implícitas como explícitas.

Existe una gran heterogeneidad conductual en estos niños. Algunos experimentan graves problemas de agresión, mientras otros son básicamente desobedientes, violando normas y demandas más por olvido que por hostilidad. Otros pueden ser pegadizos, cándidos o inmaduros más que agresivos u opositoristas. Algunos parecen motivados, deseosos de cooperar.

Se ha descrito que los niños TDAH, muestran tasas altas de conducta antisocial, mientras que los niños TDA sin H, se caracterizan por ser esencialmente ansiosos y evitadores, pero en cambio no son más activos, impulsivos, de difícil trato o agresivos que sus compañeros.

(C) NIVEL DE ACTIVIDAD MOTORA

Algunos niños hiperactivos son descritos como "máquinas en continuo movimiento". Si no están corriendo o saltando están moviéndose rápidamente o retorciéndose; si no dan un codazo a un compañero, están dando golpecitos con sus dedos, haciendo ruido. Parecen tener una inclinación por los accidentes, presentando elevadas tasas de pequeños contratiempos tales como derramar bebidas y golpear juguetes, así como tasas elevadas de accidentes más graves como daños físicos o destrucción de propiedades. Estas acciones se caracterizan no sólo por una ¡limitada energía, sino también por una



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

falta de modulación tanto en la concordancia con los deseos de los demás, como en la respuesta a las señales temporales y situacionales.

A pesar de que inicialmente el síndrome fue denominado en función de su aspecto motor, el nivel de actividad resulta ser la menos consistente de las características centrales del TDAH. Actualmente hay tres conclusiones que parecen justificadas:

- Algunos de los niños hiperactivos, pero no todos, muestran niveles excesivos de actividad, y que existen amplias diferencias individuales en su manifestación.
- Los factores situacionales juegan un potente papel en los patrones de actividad, y que los niños hiperactivos muestran con mayor probabilidad niveles elevados en situaciones muy estructuradas y con elevadas exigencias de rendimiento que durante actividades más relajadas y de "autorritmo".
- Los aspectos contextuales y de estilo de la actividad, tales como intensidad, idoneidad situacional y sincronía social, probablemente son mucho más importantes que dimensiones más fácilmente cuantificables tales como frecuencia y duración.

3. FACTORES ETIOLÓGICOS

Como hemos visto, las conductas de los niños hiperactivos no son similares en absoluto; la diversidad conductual es la norma más que la excepción. Por ello, no hay razón para esperar que un día se descubra un proceso etiológico unitario. Se han propuesto tres grandes tipos de influencias:

- Influencias biológicas,
- Influencias ambientales
- Influencias psicosociales.

Estas distinciones son un tanto arbitrarias. En realidad, múltiples factores interactúan de forma compleja; los diversos procesos enumerados separadamente funcionan como antecedentes y consecuencias unos de otros, según configuraciones complejas que aún están por aclarar.

4. INFLUENCIAS BIOLÓGICAS

Diversos estudios familiares aportan datos sugerentes de una contribución genética en la hiperactividad:

- Un número desproporcionados de padres de niños hiperactivos mostraron signos de hiperactividad durante su infancia.
- los niños hiperactivos tienden a tener más hermanos que son también hiperactivos
- los hermanos de padre y madre muestran un patrón de hiperactividad mayor que cuando son hermanos de madre o padre.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

Se ha sugerido una relación entre niños hiperactivos y trastornos afectivos, alcoholismo y conducta antisocial en los padres u otros familiares de primer grado (estudios con niños adoptivos). Sin embargo, la cuestión de la especificidad se vuelve a plantear, ya que proporciones elevadas (quizás entre el 40 y el 60%) de padres de grupos heterogéneos de niños remitidos a clínicas psiquiátricas padecen trastornos psiquiátricos diagnosticables, sobre todo trastornos afectivos en las madres y conducta antisocial o alcoholismo en los padres.

Sistemas neurotransmisores y funciones neuroanatómicas

Durante muchos años, los investigadores han especulado sobre que algunos niños hiperactivos sufrían fallo en los procesos de activación e inhibición del sistema nervioso central. Estas teorías se apoyaban en datos conductuales (por Ej. patrones de falta de atención, impulsividad y "búsqueda de sensaciones) así como irregularidades en diversos indicadores fisiológicos tales como niveles de conductancia cutánea, respuestas cardiovasculares, electroencefalograma y potenciales corticales evocados. El consenso actual apoya la hipótesis de la hipoactivación, aunque la base empírica resulta poco sólida y la viabilidad de una teoría de activación unidimensional ha sido seriamente cuestionada.

Nivel de arousal

Por arousal se entiende el nivel de actividad; este a su vez se puede referir al nivel de actividad comportamental o también al nivel de actividad cortical, en cuyo caso la referencia es a la activación de las neuronas corticales a través del Sistema Activador

Signos "Ligeros" neuromadurativos

Otras áreas de investigación clínica han sido los llamados signos neurológicos "ligeros", irregularidades neurológicas poco importantes y algo equívocas de las funciones sensoriomotoras, tales como dificultades del equilibrio, pobre coordinación motora fina, torpeza, reflejos asimétricos o movimientos coreiformes (irregulares, espasmódicos) de los miembros.

Estrés perinatal y factores congénitos de riesgo

Los estudios de factores biológicos tempranos de riesgo, como complicaciones del embarazo y un bajo peso al nacer, han proporcionado datos complejos y contradictorios.

Aunque la idea del estrés perinatal ha conseguido cierta popularidad, los estudios sistematizados no encuentran una relación fiable. Algunos estudios han puesto de manifiesto la relación entre consumo materno de tabaco durante el embarazo y conducta hiperactiva e impulsiva en el niño (variable que debería ser cuidadosamente analizada en futuros estudios). Algunos autores han puesto de manifiesto que los niños tienen 10 veces más problemas atribuibles a los efectos de un ambiente poco favorable que a los efectos de un estrés perinatal grave.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

5. INFLUENCIAS FÍSICAS AMBIENTALES

Plomo ambiental

Los especialistas en salud mental infantil saben que el plomo puede causar graves problemas cognitivos y conductuales. El cuerpo humano puede almacenar cantidades importantes de plomo durante largos períodos de tiempo. Sigue siendo una cuestión abierta el hecho de que los niveles subclínicos de plomo sean realmente nocivos para los niños. Pero incluso verificada la relación entre plomo y los problemas cognitivos o conductuales moderados, sigue habiendo interrogantes sobre la contribución del plomo a los problemas más graves que caracterizan la hiperactividad. No hay pruebas claras de influencia causal directa, y los datos de correlación no son definitivos. Asimismo, los problemas comportamentales asociados a niveles altos de plomo no son específicos del TDAH. Sin embargo, siguen apareciendo datos sugerentes: los niños hiperactivos tenían niveles más altos de plomo que sus hermanos;

Alimentación: aditivos, colorantes y azúcares

Profesionales y profanos por igual están manifestando una creciente preocupación por los efectos potencialmente dañinos de los aditivos en los alimentos. Estos productos químicos han sido implicados en diversas formas de cáncer, esquizofrenia, depresión, enfermedades cardiovasculares, etc. La posibilidad de una relación entre aditivos e hiperactividad se conoció hacia la mitad de los años setenta, cuando un pediatra de San Francisco proclamó que una proporción significativa (del 30 al 50%) de los niños hiperactivos mostraba una dramática mejoría cuando se excluía de su dieta los aditivos alimentarios. Sin embargo, existen estudios con resultados contradictorios tanto en lo que respecta a aditivos y colorantes como por lo que respecta al consumo de azúcar.

6. INFLUENCIAS PSICOSOCIALES

Hay alguna evidencia de relación entre hiperactividad y factores adversos más específicos, tales como relaciones familiares pobres o familias con solo progenitor. Se ha informado que un mayor estrés y una clase social más baja estaban relacionados con una mayor cantidad de síntomas. Los informes de madres acerca de su propio malestar parecen ser predictores potenciales de los problemas de conducta infantiles.

Aunque mucha gente cree que la causa de la hiperactividad puede radicar en las desventajas sociales, una familia humilde o una enseñanza deficiente, no hay datos empíricos de que las variables psicológicas, sociales o culturales constituyan agentes causales primarios. ¿Entonces cuál es el papel de los factores psicosociales? Los investigadores están dejando de lado el concepto de "deficiencia del niño" y se centran en una perspectiva ecológica que contemple las interacciones entre el niño y la situación.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

Desde este planteamiento, lo importante es identificar si existe o no correspondencia entre las características del niño y las del entorno social y físico; si una familia se caracteriza por la quietud y las actividades rutinarias tienen un niño constitucionalmente activo, vigoroso e impulsivo, es más fácil que aparezcan problemas que si ese mismo niño nace en una familia que tolera e incluso disfruta de menos regularidad, un estilo de vida más intenso, desorganizado e impetuoso.

También se debe tener en cuenta el papel de profesores y escuelas. El sistema de organizar una clase y estructurar actividades puede facilitar o impedir el rendimiento académico, y estos factores pueden tener efectos de mayor importancia en los niños hiperactivos que en sus compañeros.

17. EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO

Los niños identificados como hiperactivos en un momento dado, no continúan necesariamente siendo considerados como tales; quizás el 50% de estos niños pasarán de una puntuación elevada a una más baja (en la valoración de los profesores) durante el período de un año. Sin embargo, lo que más llama la atención son las evoluciones negativas respecto a las positivas.

Hasta hace poco, muchos especialistas asumían que las conductas inmaduras y perturbadoras de los niños hiperactivos eran autolimitantes y cambiaban con el inicio de la pubertad, presumiblemente como consecuencia de la madurez fisiológica. Conforme los niños hiperactivos crecen, las conductas problemáticas varían en topografía y a menudo también gravedad.

Los niños hiperactivos son niños con riesgo de trastornos psiquiátricos posteriores, y este riesgo se centra principalmente en el espectro de los trastornos sociales. En el seguimiento se observan conductas antisociales dentro de un amplio espectro, desde transgresiones mínimas hasta actos criminales graves. Otro aspecto preocupante de los resultados de algunos estudios es que la mayoría de estos niños han estado en contacto con profesionales de la salud mental y han recibido tratamiento, psiquiátrico durante periodos prolongados de tiempo.

18. TRATAMIENTO

Al ser un problema complejo el tratamiento debe hacerse desde diferentes perspectivas:

- Desde el enfoque Neurológico T. Farmacológico
- Desde el enfoque Conductual T. Conductual
- Desde el enfoque Cognitivo T. Cognitivo – Conductual

Implicando en cualquiera de los tres a padres y educadores.

- T. Farmacológico: Los Psicofármacos más utilizados con niños hiperactivos son los estimulantes. Su objetivo es aumentar el nivel de activación cerebral produciendo rápidamente efectos sobre el comportamiento (30-60 minutos). Además mejoran la atención del paciente y resultan beneficiosos en la realización de tareas de aprendizaje. Sin embargo, los efectos sobre la



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

memoria son más contradictorios. Como inconvenientes está la aparición de efectos secundarios, muy frecuentes cuando se utilizan medicamentos estimulantes, entre estos destacan insomnio, alteraciones del apetito y aumento de algunas conductas ansiógenas como la onicofagia y los tics.

Cuando se aplican psicofármacos hay que tener en cuenta los siguientes criterios:

- Edad del sujeto
 - Capacidad de la familia para una correcta administración del fármaco.
 - Utilización conjunta de otras terapias con el propio niño y con lo familia
 - Que el sujeto no tenga otra patología asociadas (psicosis) ni niveles de ansiedad muy elevados
 - Si el niño tiene edad para hacer un análisis de su situación, preguntarle que piensa sobre la medicación ya que su opinión influye sobre los resultados del tratamiento.
- Terapias Conductuales y Cognitivo –conductuales. Deben ser aplicadas individual y familiarmente. En los programas de modificación de conducta se deben utilizar Técnicas de Condicionamiento Operante, Estrategias de auto control, técnicas de relajación y Desarrollo de habilidades Sociales. Son muy válidos también los programas de economía de fichas
 - Determinación de los comportamientos objeto de modificación por separado. Nunca globalmente.
 - Elaborar la línea base de la conducta patológica que se quiere cambiar
 - Elaborar una lista de refuerzos, especificando con claridad la forma de conseguirlos.
 - Aplicación de los Refuerzos contingentemente a las conductas deseadas
 - Evaluación del Programa

9. CONCLUSIÓN

La complejidad de la hiperactividad continúa intrigando y desafiando a los investigadores. En resumen y para terminar podemos decir que la hiperactividad se caracteriza por su heterogeneidad conductual y heterogeneidad etiológica. Los datos de investigación sugieren un conjunto de patrones hiperactivos, más que un trastorno unitario. Está resurgiendo el interés por los planteamientos biomédicos y un mosaico en permanente expansión de pruebas de investigación. Lo que parece emerger no son agentes etiológicos específicos sino varios signos de vulnerabilidad biológica que interactúan de múltiples formas.

A pesar de la visión pesimista, muchos niños hiperactivos se convierten en adultos con éxito, intuyéndose vínculos entre hiperactividad y creatividad. Ahora resulta necesaria una mayor investigación de los factores personales, fisiológicos, ambientales y terapéuticos que conducen a resultados positivos. Son particularmente relevantes los factores protectores, hasta ahora desconocidos, que delimitan el riesgo de estos niños vulnerables.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 25 – DICIEMBRE DE 2009

Actualmente está claro que la farmacología no es una intervención suficiente. Los fármacos estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina) han procurado mejorías alentadoras a corto plazo, pero están limitadas tanto en el alcance como en la maduración, y los especialistas en salud infantil están preocupados por su toxicidad psicológica y fisiológica. La medicación es más un respiro que una solución.

10. BIBLIOGRAFIA.

1. DSM-V. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.
2. CEREZO RAMIREZ, F. (1998). *Conductas agresivas en la edad escolar: aproximación teórica: propuestas de intervención*. Madrid: Pirámide.
3. GABINO, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo conductual*. Madrid. Ed. Pirámide.
4. INSTITUTO DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO. *Atención a la Diversidad*. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
5. MARCHESI, A; COLL, C: y PALACIOS, J (1990). *Desarrollo psicológico y educación*. VOL III. Madrid. Alianza.
6. MORENO GARCIA, I. (2002). *Terapia de Conducta en la Infancia. Guía de Intervención. Psicología*. Madrid: Pirámide.

Autoría

- Nombre y Apellidos: M^a ENCARNACIÓN MORILLO RAMOS
- Centro, localidad, provincia: VEJER DE LA FRONTERA, CÁDIZ
- E-mail: encarni.morillo@gmail.com