

HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad es un trastorno de la conducta de los 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.

La hiperactividad infantil es un trastorno de conducta de origen neurológico. Su incidencia es de un 3% a un 5% de la población infantil. Sucede más en niños que en niñas. El principal trastorno de los niños hiperactivos es el "déficit de atención" y no el "exceso de actividad motora". El primero habitualmente persiste y el segundo desaparece.

Se conoce, a su vez, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, que es un trastorno cerebral en el que intervienen factores genéticos y ambientales. Se manifiesta como un aumento de la actividad física, impulsividad y dificultad para mantener la atención. El TDAH se asocia con frecuencia a otros trastornos, y sus consecuencias se aprecian en muchos ambientes.

Según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV, no todas las personas que padecen un TDAH tiene el mismo cuadro clínico. En algunas predominan los síntomas de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad, y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad. Estas variantes son conocidas como subtipos. De todos ellos el más frecuente es el combinado, seguido del predominantemente hiperactivo – impulsivo. El subtipo predominantemente inatento es el menos frecuente, y se da más en mujeres que en hombres.

1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

Los niños hiperactivos no tienen un comportamiento extravagante, extraño o inusual durante la infancia. Mantienen conductas conflictivas sólo por la frecuencia que la mantienen, la intensidad y la inoportunidad del momento en el que ocurren. Estos niños tienen dificultad para controlar su conducta en presencia de otros y les resulta más fácil cuando están solos.

No todos los niños hiperactivos mantienen las mismas características que a continuación se describen, pero las dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad son rasgos comunes que presentan todos los niños.

- a) **Atención.** Lo que más caracteriza al niño hiperactivo es su falta de atención cercana a detalles. La distracción más vulnerable es a los estímulos del contexto ambiental. En casa tienen dificultades para seguir las directrices que se le marcan, para organizarse y parece que no escuchan cuando se les habla. En el colegio cometen errores por no fijarse en los trabajos o en las diferentes actividades. Con frecuencia saltan de una tarea a otra sin terminarla, ya que evitan situaciones que implican un nivel constante de esfuerzo mental.
- b) **Impulsividad.** Con frecuencia actúa de forma inmediata sin pensar en las consecuencias. Está inquieto con las manos o los pies y no puede sentarse quieto. Está activo en situaciones en que es inapropiado. Habla de forma excesiva, responde antes de que la otra persona termine, tiene dificultad para esperar su turno y frecuentemente interrumpe.
- c) **Hiperactividad.** Lo más característico de estos niños es la excesiva actividad motora. Siempre están en continuo movimiento: corren, saltan por la calle, nunca quieren ir cogidos de la mano. Su excesivo movimiento no persigue ningún objetivo, carece de finalidad.
- d) **Comportamiento.** Su comportamiento es imprevisible, inmaduro, inapropiado para su edad. No son malos, pero sí que son traviesos. Se muestran violentos y agresivos verbal y físicamente. Con frecuencia mienten y cometen hurtos.
- e) **Aprendizaje.** La mayoría de los niños hiperactivos presentan dificultades en el aprendizaje. El 40 o 50% de los niños hiperactivos tienen un bajo rendimiento escolar. Tienen dificultades perceptivas, con lo cual no diferencian bien entre letras y líneas, además de que tienen poca capacidad para estructurar la información que reciben a través de los distintos sentidos. Las dificultades de los niños hiperactivos estriban en la adquisición y el manejo de la lectura, escritura y el cálculo. Son torpes para escribir o dibujar, tienen mala letra y cometen grandes errores de ortografía. En cálculo, se olvidan de las llevadas y operaciones básicas. En lectura, omiten palabras, sílabas e incluso renglones; no comprenden lo que leen; pueden identificar las letras pero no saben pronunciarlas correctamente. Tienen dificultad para memorizar y para generalizar la información adquirida.
- f) **Desobediencia.** Al niño hiperactivo le cuesta seguir las directrices que se le marcan en casa. El niño hace lo contrario de lo que se dice o pide. Los padres tienen especial dificultad para educarles en adquirir patrones de conducta (hábitos de higiene, cortesía, horarios, etc.).
- g) **Estabilidad emocional.** Presentan cambios bruscos de humor, tienen un concepto pobre de sí mismos y no aceptan perder, por lo que no asumen sus propios fracasos.

Los indicadores de hiperactividad según la edad del niño:

- **De 0 a 2 años.** Descargas 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 consciencia 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.

2. CAUSAS O ETIOLOGIA

La causa última es desconocida. Se trata de un trastorno heterogéneo, del cual parece improbable encontrar una causa única. Las ideas iniciales que lo definían como "daño cerebral mínimo" han evolucionado gracias a estudios de neurobiología y fisiopatología, neuroimagen y genética. Del mismo modo, aunque los factores psicosociales no se consideran actualmente como la causa principal de la hiperactividad, el estudio de las disfunciones familiares existentes en niños con esta patología ha revelado su importante papel en el desarrollo de los síntomas, en la aparición de otros problemas frecuentemente asociados al TDAH, y en el diseño de los tratamientos.

En cualquier caso, debe descartarse como origen del mismo a los padres del niño o sus métodos educativos. Las explicaciones centradas en la inexistencia del TDAH y su justificación mediante la culpabilización de los padres deben ser descartadas de una vez por todas, señalando además que en demasiadas ocasiones han llevado a diagnósticos tardíos, lo que conlleva una peor respuesta al tratamiento. No hablamos de un problema social ni de mala educación, ni de características particulares de ciertos niños que "se le van a pasar con la edad", sino de un trastorno concreto, con características clínicas y necesidad de tratamiento.

*** Origen Biológico.** La información sobre el por qué del trastorno del déficit de atención es escasa. Están encontrando más y más evidencia de que dicho trastorno surge a raíz de causas biológicas. Durante algunos años se consideró que una posible causa del déficit de atención era una "lesión cerebral" quizás como resultado de una infección temprana o complicaciones al nacer. Pero, esta teoría fue rechazada porque podía ser explicativa de sólo un pequeño número de casos. No toda persona con Déficit de Atención tiene una lesión cerebral o complicaciones de nacimiento.

* **Genética.** Los estudios familiares realizados con muestras clínicas han encontrado entre los padres de niños con TDAH un riesgo entre 2 y 8 veces superior al de la población normal de padecer ellos mismos el trastorno. Recíprocamente, el riesgo calculado para un niño de sufrir el trastorno si uno de los padres lo padece es del 57%. En los estudios de adopción los hermanos no biológicos de niños con TDAH tienen menos riesgo de presentar el trastorno que los hermanos biológicos. Los estudios de gemelos señalan una concordancia del trastorno del 50% al 80% en gemelos idénticos frente a un 29-33% en gemelos no idénticos. Así, parece que gran parte de la varianza del rasgo hiperactividad-impulsividad (70-90%) se debe a factores genéticos, pudiendo incrementarse dicha contribución cuanto más extrema sea la manifestación clínica de dicho rasgo. Los estudios de genética molecular han relacionado el trastorno fundamentalmente con varios genes en diferentes cromosomas.

* **Estudios de neuroimagen.** Para el diagnóstico no es necesario realizar pruebas de imagen, salvo en casos concretos. No obstante, dichas pruebas realizadas en trabajos de investigación, están ayudando a conocer qué pasa en el cerebro de los niños con TDAH. Con las pruebas de neuroimagen se ha visto que en algunas zonas concretas del cerebro, hay una actuación menor de lo esperado, que estaría en relación con la falta de atención y el exceso de movimiento. En estas zonas podría existir un funcionamiento anómalo de algunos neurotransmisores

* **Temperamento e hiperactividad.** Recientes investigaciones permiten sostener que el problema del niño hiperactivo es un problema de temperamento. Es posible que el origen de estas diferencias temperamentales venga condicionado por los niveles bioquímicos del sistema nervioso. Cuando un neurotransmisor es escaso o se da en exceso, ocurre que la neurona no se excita o se excita demasiado, con lo que se produce un desequilibrio entre los neurotransmisores. Este desequilibrio sería el agente responsable de las dificultades que el niño tiene para centrar su atención y mantenerla durante un cierto tiempo, así como la falta de autocontrol y ajuste de su conducta las demandas del medio. También sería responsable de cambios bruscos en su estado de ánimo, importante característica del niño hiperactivo.

* **Alergia e hiperactividad.** La hiperactividad también ha sido explicada como una reacción alérgica a cierto tipo de alimentos, como el azúcar y los condimentos en general. Sin embargo esta teoría no ha sido confirmada, ya que se sabe que un régimen de alimentación sin condimentos ni azúcar no corrige la hiperactividad.

* **Educación e hiperactividad.** Se conoce que un ambiente estresante y desorganizado puede acentuar la hiperactividad en el niño hiperactividad, pero no la produce. Un niño con ambiente familiar organizado y sosegado sigue siendo hiperactivo.

3. EVALUACIÓN

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 o 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 se presenta un comportamiento extraño; que hace necesario 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
- Observación de la conducta del niño:
- Evaluación individualizada del niño hiperactivo

4. TRATAMIENTO

En la actualidad se dispone de tres modalidades para ayudar al niño: la farmacológica, la psicológica y la educativa.

a) Farmacológica. El principal fármaco que se utiliza es el “metilfenidato”. Esta sustancia química se comercializa con distintos nombres en diferentes países. Sus efectos inmediatos son un aumento de la capacidad de atención y concentración y una reducción de la hiperactividad y la movilidad del niño, debido a que a través de ese agente externo se estimula al cerebro para que alcance los niveles de activación necesarios para un correcto mantenimiento de la atención (lo que repercute en una mejora de muchos otros síntomas). Como efectos secundarios se produce en algunos casos una falta de apetito y de sueño. Sin embargo, dichos efectos duran poco tiempo: se elimina por la orina en unas cuantas horas y, es preciso volver a tomar otra pastilla. Por lo general, se toma una pastilla al levantarse y otra a medio día para que el efecto sea máximo en el momento en que el niño acude a la escuela, pero depende de la prescripción médica que se realiza en función de la edad del niño y la gravedad de sus problemas.

Los medicamentos que se utilizan con estos niños son un buen apoyo mientras se combinen con procesos de enseñanza, para que aprenda a regular su conducta por sí mismo. Normalmente es adecuado medicar al niño después de los 5 años. Antes de esta edad no se puede medicar, porque es difícil diagnosticar en el niño el déficit de atención, ya que está desarrollando su capacidad atencional y está en un período de exploración y manipulación, lo que hace difícil discriminar entre lo que es su comportamiento normal y el que no lo es.

Estos fármacos no crean dependencia en el niño, aunque para que no se habitúe a la sustancia y deje de responder positivamente a ella, es aconsejable su retirada temporalmente. Pero sí que puede crear dependencia psicológica en los padres, ya que temen la retirada por miedo a que la situación pueda descontrolarse sin el fármaco. Depende de la evolución que tenga el niño, se puede recomendar que se retire definitivamente o que se retome en períodos concretos. Por lo general, a partir de los 12 años no se hace necesaria, si ha recibido otra clase de ayuda psicopedagógica. No se recomienda utilizar tranquilizantes, porque deprimiría aún más su nivel de activación, aumentando por tanto su conducta motora para estimularse y que de esa manera suba.

b) Psicológica. La vida puede ser difícil para niños con el trastorno de déficit de atención. Ellos son los que a menudo tienen problemas en la escuela, no pueden terminar un juego y pierden amistades. Pueden pasar horas angustiantes cada noche luchando para concentrarse en la tarea y luego olvidarse de llevarla a la escuela. No es fácil hacer frente a estas frustraciones día tras día. Algunos niños liberan su frustración actuando de manera contraria, iniciando peleas o destruyendo propiedad. Algunos vuelcan su frustración en dolencias del cuerpo, tal como el niño que tiene dolor de estómago todos los días antes de la escuela. Otros mantienen sus necesidades y temores adentro para que nadie pueda ver lo mal que se sienten.

También es difícil tener una hermana, hermano o compañero de clase que se enoja, saca los juguetes y pierde cosas. Los niños que viven o comparten un aula con un niño con estas características, también se frustran. Pueden también sentirse abandonados en tanto que sus padres o maestros tratan de arreglárselas con el niño hiperactivo como puedan. Pueden sentir resentimiento hacia el hermano o hermana que nunca termina sus deberes en el hogar o sentirse atropellados por un compañero de clase.

Es especialmente difícil ser el padre o madre de un niño que está lleno de actividades descontroladas, deja desordenes, tiene rabietas y no escucha o sigue instrucciones. Los padres a menudo se sienten impotentes y sin recursos. Los métodos usuales de disciplina, tales como razonamiento y retos, no funcionan con este niño; porque el niño en realidad no elige actuar de estas maneras, es sólo que su autodomínio va y viene. A raíz de pura frustración, los padres reaccionan dándoles palizas, le ridiculizan y le gritan al hijo, a pesar de que saben que no es apropiado. Su respuesta deja a todos más alterados que antes. Entonces se culpan a sí mismos por no ser mejores padres.

Una vez que se diagnostica el niño y recibe tratamiento, algo de la perturbación emocional dentro de la familia comienza a desvanecerse. Ante todo esto los padres tienen que crear un ambiente familiar **estable** (es decir, el cumplir o no ciertas normas propuestas por los padres tienen las mismas consecuencias), **consistente** (no cambiar las reglas de un día para otro), **explícito** (las reglas son conocidas y comprendidas por las dos partes) y **predecible** (las reglas están definidas antes de que se "incumplan" o no).

También se cuenta con otro tipo de intervenciones psicológicas que facilitan el tratamiento en estos niños, como son:

- **La terapia cognitiva-conductista** ayuda a personas a trabajar asuntos más inmediatos. En vez de ayudar a personas a entender sus sentimientos y acciones, la terapia los apoya directamente en cuanto a cambiar su comportamiento. El apoyo puede ser asistencia práctica, tal como ayudar a aprender a pensar cada tarea y organizar su trabajo o fomentar nuevos comportamientos dando elogios o premios cada vez que la persona actúa de la forma deseada. Un terapeuta cognitivo-conductista puede usar tales técnicas para ayudar a un niño beligerante (aprender a controlar su tendencia a pelear) o a una adolescente impulsiva a pensar antes de hablar.
- **El adiestramiento en cuanto a destrezas sociales** también puede ayudar a niños a aprender nuevos comportamientos. En este, el terapeuta habla de y muestra comportamientos apropiados, tales como: esperar el turno, compartir juguetes, pedir ayuda o responder a burlas; y luego le da la oportunidad al niño de practicar. Por ejemplo, un niño puede aprender a "leer" las expresiones faciales y el tono de voz de otras personas para poder responder más apropiadamente. El adiestramiento de destrezas sociales ayuda a aprender a participar en actividades de grupo, a hacer comentarios apropiados y a pedir ayuda. Un niño puede aprender a ver cómo su comportamiento afecta a otros y a desarrollar nuevas maneras de responder cuando está enojado o lo empujan.
- **Los grupos de apoyo** conectan personas con inquietudes en común. Muchos adultos y padres de niños afectados pueden encontrar que es útil unirse a un grupo de apoyo de este trastorno. Los miembros de los grupos de apoyo comparten frustraciones y éxitos, recomendaciones de especialistas calificados, información acerca de qué funciona, así como esperanzas en sí mismos y en sus hijos. El compartir experiencias con otros que tienen problemas similares ayuda a personas a saber que no están solas.
- **El adiestramiento en destrezas en cuanto al cuidado de hijos**, ofrecido por terapeutas o en clases especiales, les da a los padres las herramientas y técnicas para manejar el comportamiento del hijo. Una de estas técnicas es separar al niño del resto por un corto tiempo cuando el niño se vuelve ingobernable o fuera de control.

Durante los tiempos en que esta separado del resto de los niños, se saca el niño de la situación inquietante y se sienta solo y quieto por un rato hasta calmarse. También se les puede enseñar a los padres a darle "tiempo de calidad" al niño cada día, durante el cual comparten una actividad placentera o relajada. Durante este tiempo juntos, el padre busca oportunidades para observar y señalar lo que el niño hace bien y para elogiar sus fuerzas y habilidades.

- c) **Educativa.** Una manera efectiva de modificar el comportamiento de un niño es a través de la ayuda educativa regida por premios, castigos, economía de fichas y contrato de contingencias.
- **Premios.** Para un niño un premio es algo agradable que desea alcanzar, de tal modo que hará lo que sea por conseguirlo. Las actividades que más le gustan al niño y que habitualmente suele realizar, como puede ser jugar con sus juguetes, ver la televisión o ir al cine con sus primos; pueden entenderse y emplearse como un premio. En definitiva, debe ser algo que el niño quiere y que tiene ganas de conseguir. Así pues el niño recibirá un premio cada vez que cumpla con la tarea deseada.
 - **Castigo.** Los castigos implican privar al niño de algo que le agrada o forzarle a hacer algo desagradable. Puede resultar eficaz a veces, pero no siempre elimina las conductas inapropiadas en el niño hiperactivo. El castigo puede ser útil para controlar ciertas conductas temporales, pero a largo plazo carece de eficacia. Si la conducta es indeseable el castigo más eficaz es ignorarla; siempre y cuando la conducta no sea peligrosa. Lo más aconsejable es que el tiempo transcurrido entre la conducta y el premio o castigo sea breve para asegurar su eficacia.
 - **Economía de fichas.** Esta técnica consiste en dar puntos negativos o positivos en función de si se cumple o no cierta conducta. Cada punto negativo elimina el valor del punto positivo. El número total de puntos se canjea por distintos premios. La lista con las conductas "objetivo" tienen que estar al vista del niño, así como los puntos conseguidos. Se recomienda utilizar con niños de 3 a 12 años.
 - **Contrato de contingencias.** Esta técnica se recomienda utilizar con niños de 12 ó 13 años. Consiste en hacer un contrato por escrito con el niño acerca de su comportamiento. Cada uno tiene que dejar constancia en términos específicos de la conducta que desea en el otro. Aquí se establece un diálogo y un acuerdo entre padres e hijos. Por lo tanto, el niño juega un papel importante en el control de su conducta.

Resumen: Mgr. Elke Berodt
Actualizado: Abril 2011