

HIPERACTIVIDAD

Síndrome hiperquinético de la infancia.

En la clasificación Internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud se encuentra la definición de este síndrome: se caracteriza por la distractibilidad, la desinhibición, la impulsividad, la hiperactividad, los cambios marcados de humor y la agresividad.

Por su parte la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) caracteriza el mismo síndrome en su DSM IV de la manera siguiente: Déficit de atención como Hiperactividad. El criterio para el diagnóstico se basa en tres datos fundamentales y tres secundarios. Los primeros son: Inatención impulsividad e hiperactividad; los secundarios son: principio del trastorno antes de los siete años, duración de por lo menos 6 meses y la certeza de que no tiene causa la esquizofrenia, un desorden afectivo o algún grado de deficiencia mental (Taylor, 1991).

Ambas descripciones se refieren al llamado *síndrome de disfunción cerebral mínima*, nombre con el que hace algunos años se designa al trastorno que sufren ciertos niños que muestran signos y síntomas relativos a la conducta y al aprendizaje.

Los procedimientos que permiten comprobar tales síntomas y signos se integran con la exploración psiquiátrica y física, la aplicación de pruebas psicológicas y el examen neurológico y electroencefalográfico; fue llamado de diversas maneras: síndrome de daño cerebral, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral, hiperquinesia etc.

Clements (1966,en Morales, 1990), propuso la siguiente definición:

El término disfunción cerebral mínima,se refiere a un cuadro clínico que presentan ciertos niños cuya inteligencia es normal o muy cercana a la normal, que sufren trastornos de aprendizaje que van de moderados a severos, asociados a discretas anormalidades del sistema nervioso central. Tales desviaciones se manifiestan como trastornos a la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención y control de impulsos motores.

Taylor (1991), menciona que las anormalidades parecen estar relacionadas con variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, lesiones cerebrales perinatales, otras enfermedades que afectan el sistema nervioso central durante periodos críticos de su maduración, o con causas desconocidas.

Clements (1966, en Morales, 1990), valoró 10 datos referidos como propios del síndrome:

- 1) hiperactividad
- 2) impedimentos perceptivo–motores
- 3) labilidad emocional
- 4) incoordinación muscular
- 5) inatención
- 6) impulsividad

7) desórdenes de la memoria y el pensamiento

8) trastornos específicos del aprendizaje

9) desórdenes del lenguaje

10) irregularidades electroencefalográficas.

El síndrome se caracteriza por que el niño afectado manifiesta, necesariamente, alteraciones de conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones (Morales, 1990).

El diagnóstico de síndrome se justifica cuando inequívocamente se encuentran presentes los siguientes datos:

a) Hiperactividad, que se traduce en la incapacidad del niño para organizar, regular y controlar su conducta motora.

b) Impulsividad, que se expresa frecuentemente en forma de agresividad y de conducta impredecible, debido a los cambios de humor. Dificultad para suspender a tiempo una actividad repetitiva.

c) Retraso en el desarrollo de habilidades específicas, que se traduce principalmente en problemas de aprendizaje relacionados con la inatención.

d) Incapacidad para comprender y cumplir órdenes.

e) Sintomatología presente antes de los 7 años de edad.

f) Trastornos de conducta variables, relaciones interpersonales muy obstaculizadas, expresiones de baja tolerancia a la frustración, temeridad (incapacidad de valorar adecuadamente el peligro) etc.

g) Ausencia segura de trastornos psicopatológicos diferentes que "explicaran" la sintomatología: psicosis, retardo mental, desórdenes afectivos, etc. (Morales, 1990).

Respecto a los criterios recomendables para calificar algunos de los síntomas en el DSM IV son:

A) Desatención. Por lo menos deben estar presentes tres de éstos datos:

a) Frecuentes fracasos para completar tareas

b) Frecuentes actitudes típicas de "no estar escuchando"

c) Facilidad para distraerse

d) Dificultad para concentrarse en las tareas escolares o en áreas que exigen el sostenimiento de la atención

e) Dificultades para persistir en una actividad determinada.

B) Impulsividad. Por lo menos deben identificarse tres de los datos siguientes:

a) Actuar antes de pensar

b) Desviaciones excesivas de una actividad a otra

- c) Dificultad para organizar el trabajo
- d) Evidente necesidad de supervisión continua
- e) Frecuentes interrupciones en clase, y
- f) Dificultades para respetar el turno en los juegos de grupo y en otras situaciones que lo requieren.

C) Hiperactividad: Deben existir por lo menos dos de los datos siguientes:

- a) Frecuente ir y venir
- b) Molestar excesivamente a los demás
- c) Dificultad para permanecer sentado
- d) Movimientos excesivos durante el sueño y,
- e) Estar siempre en movimiento, desobediencia patológica (Pierre, 1997).

Si bien la etiología del problema no es bien conocida, los hechos apuntan hacia la existencia de trastornos funcionales del cerebro que vistos desde un enfoque clínico, nos hace suponer que los factores a los que se atribuye una acción son orgánicos; entre éstos se encuentran:

- a) Los antecedentes del síndrome, que sitúan los primeros síntomas muy temprano en la vida del niño.
- b) Manifestaciones que provocan las dificultades de aprendizaje. Los problemas visomotores, las dificultades para organizar los conceptos; éstos problemas se explican mejor por una disfunción de ciertas áreas del cerebro.
- c) La naturaleza de la hiperquinesia, diferenciable clínicamente de otras formas de hiperactividad en que los factores emocionales son predominantes.
- d) La incidencia de numerosos signos neurológicos, coincidente con severos trastornos de la conducta.
- e) La frecuencia de anormalidades electroencefalográficas, significativamente mayor que la que ocurre en otros trastornos de la conducta infantil.
- f) El efecto terapéutico producido por los psicoestimulantes, distinto de las respuestas que se obtienen en otros cuadros clínicos o en niños normales.

Los estímulos que pueden dañar al organismo hasta el grado de producir un estado patológico son de naturaleza física, psicológica y social. Los estímulos físicos pueden romper el equilibrio del organismo en sus propiedades químicas, antigénicas o propiamente físicas.

Por tanto la respuesta es de orden fisiológico y constituye una medida compensatoria para restablecer el equilibrio perdido. Pero si bien los estímulos son más o menos específicos, la respuesta del organismo se expresa en los tres niveles: psíquico, físico y social. Un estímulo físico como es el caso de un desarreglo funcional del cerebro que obedece a un cambio estructural evoca respuestas tanto orgánicas como psicológicas y sociales, y es que la capacidad adaptativa del niño está condicionada por sus propias características innatas, por las reacciones de las personas que influyen en su desarrollo y por sus experiencias vitales (Taylor, 1991).

HIPERACTIVIDAD

Cuando nos referimos a los niños hiperactivos, entramos en una "jungla semántica". El problema, diversamente llamado "hiperactividad", "hiperkinesia" o "sobre actividad" se definió como un nivel de actividad motriz, sostenido y excesivo que es la causa significativa y continuada molestia tanto en el hogar como en la escuela.

El niño hiperactivo en ocasiones puede mostrarse tan destructor e incontrolable que la víctima a menudo debe ser llevada a consulta médica, pediátrica o psicológica por padres o maestros y quizá ellos mismos son las verdaderas víctimas (Morales, 1990).

Las investigaciones basadas en el análisis factorial no han logrado aislar un síndrome de hiperactividad específico que permita la identificación de una enfermedad particular. Más bien, los síntomas de hiperactividad emergen como parte de una perturbación de la conducta. Hay pruebas de que los niños manifiestan rasgos básicos de personalidad o conducta similares. El solo criterio distintivo parece ser el grado de sobreactividad. Es típico que el niño presente metas siempre cambiantes, ansias insaciables de tocarlo todo combinadas con su modo de enfrentar al mundo con palabras cortantes y a veces también con sus puños. Su temeridad (quizá conectada con su impulsividad), y su talento para elegir las acciones que obligan a sus padres a intervenir para evitar que él mismo u otras personas se lastimen, determinan que tampoco él pueda abocarse a nada por un tiempo largo. Busca atención y es manejador a un punto tal que sus padres están sometidos a un horario de hasta 20 horas diarias; No logra aprender con eficacia; sin embargo muestra lo mejor de sí mismo en situaciones en las que se encuentra solo con una persona; en ella no tiene que competir para ganar la atención de los demás (Taylor, 1991).

Este problema de conducta comprende los siguientes elementos:

- grave desobediencia e indocilidad;
- "excesos" de conducta y predominio de estados de ánimo negativos (caprichos, petulancia, gritos, rabietas;
- agresividad (peleas, destructividad);
- bajo nivel de tolerancia a la frustración (incapacidad para demorar la gratificación);
- búsqueda extremada de la atención;
- conductas exigentes, imperiosidad;
- falta de empatía (incapacidad de ponerse en el lugar de los demás niños).

Padres e hijos se involucran en interminables sesiones de reprimendas y llorosas disputas que terminan en palizas para que después de un breve respiro, vuelva a presentarse el mismo problema o uno nuevo (Morales, 1990).

La labor clínica orientada al tratamiento de dicho problema no consiste en encontrar un rótulo de diagnóstico sin consecuencia alguna, sino evaluar al niño de manera tal que pueda trazarse un programa para modificar las conductas excesivas o producir respuestas adecuadas donde exista un déficit de ellas (Taylor, 1991).

FACTORES ORGÁNICOS

Han existido diversas teorías etiológicas referidas a las perturbaciones conductuales de la motricidad y de la atención, pero sus causas nos son desconocidas.

Las teorías explicativas incluyen como causa las lesiones cerebrales, desórdenes bioquímicos, anomalías físicas congénitas menores, estimulación del sistema nervioso central anormalmente bajo, alergia a ciertos alimentos etc. Todas estas teorías, son más bien especulativas (Pierre, 1997).

Los estudios empíricos modernos prestan atención a su aforismo: "parto difícil, niño difícil". Shirley (1939, en Morales, 1990), menciona que los niños nacidos precipitadamente después de breves y bruscos trabajos o nacidos al cabo de una preñez difícil, tienden a ser irritables, hiperactivos y difíciles, cuando bebés y ya mayores. Drillien (1964, en Morales, 1990), observó que los problemas de conducta que más comunmente se asocian con los casos prematuros extremos (un kilo y medio y aún menos antes de nacer), eran la hiperactividad y la inquietud. Estos problemas y las distracciones, son probablemente los únicos tipos de perturbaciones conductuales de la infancia que pueden asociarse con factores perinatales (Morales, 1990).

En muchos casos de hiperactividad hay pruebas de que existe una cierta influencia orgánica en el alto nivel de actividad. No obstante, la hiperactividad puede darse, y de hecho se da en niños sin la presencia de otro signo independiente de disfunción cerebral, aunque los niños con lesiones cerebrales son más activos y se distraen más que los de un grupo de control normal en una situación de prueba, las lesiones cerebrales no conducen a la hiperactividad o a las distracciones en cualquiera cualquier condición estimulante "sino más bien a ciertas formas de hiperactividad en ciertos niños, a ciertas formas de distracción en otros etc." (Taylor, 1991).

EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE PREVIAS

Las historias de los niños hiperactivos indican que muchos de ellos se muestran difíciles desde su nacimiento.

Se presentan problemas crónicos con la alimentación, cólicos intermitentes o prolongados y graves conflictos a la hora de conciliar el sueño.

Un factor significativo en el desarrollo de sus problemas es el temperamental o congénito que ha modificado la expectativa de los padres. El niño muy activo adquirirá destrezas sociales más velozmente que el menos activo. Se supone también que los índices extremadamente elevados de conducta resultan negativos para los demás, de modo que lo más probable es que las reacciones de la sociedad sean punitivas.

Es muy probable que el niño que despliegue altos niveles de actividad sea castigado aún y cuando manifieste una conducta socialmente aceptada, por ejemplo, amistad o cooperación (Morales, 1990).

Otra influencia en la vida de los niños hiperactivos es la suma frecuencia con que sus padres padecen de psicopatía, histeria y alcoholismo. Una sustancial proporción de estos padres eran ellos mismos hiperactivos. Rutter (1966, en Morales, 1990), encontró la existencia de una estrecha relación entre las enfermedades psíquicas y físicas de los padres y las perturbaciones psicológicas que padecen sus hijos.

INFLUENCIAS CONTEMPORÁNEAS

A continuación se darán algunas consideraciones pertinentes para la mayoría de las evaluaciones:

- 1) Alto nivel de excitación del niño y exceso de actividad motriz.
- 2) Pobre desempeño en el hogar y la escuela
- 3) Distracción y escasa capacidad de atención.
- 4) Problemas de conducta con concomitantes tales como indocilidad, búsqueda de atención y exigencia (conductas exageradas tales como exceso de llanto, berrinches, caprichos).

5) Con toda seguridad hay una historia de refuerzos inusitada en cuanto a la razón de premios y castigos. La conducta del niño está tan por debajo de la norma en relación con múltiples aspectos, que su experiencia de fracaso es notoria.

6) Tiene gran necesidad de atención y éxito. Esta necesidad puede ser tan grande que suele buscar cualquier tipo de atención, incluso la que los demás considerarían un castigo como reprimendas y palizas.

7) El niño con frecuencia padece aislamiento social, pues hasta sus padres lo rechazan.

8) El niño no gratifica a sus padres; éstos no disfrutan de él (De la Fuente, 1998).

DESARROLLO

Los niños hiperactivos pierden, en muchos casos, la hiperquinesia durante la adolescencia, pero no logran en general, superar otras perturbaciones de la conducta (Morales, 1990).

Los niños hiperactivos tienden a ser menos activos, exitables e impulsivos al llegar a la adolescencia, pero la inquietud y la agresividad suelen persistir. La hiperactividad disminuye con la edad, pero persisten otras deficiencias graves como trastornos de la *atención y la concentración*. Con esto se asocia el escaso rendimiento escolar crónico a pesar de poseer una inteligencia normal (Morales, 1990).

INCAPACIDADES DE APRENDIZAJE

Las alteraciones cerebrales mínimas (ACM), interfieren de dos modos sobre el aprendizaje escolar:

1) La agitación y la distracción del niño con ACM, le impiden concentrarse durante algún tiempo en lo que la maestra está diciendo o en las tareas que le asignan.

2) Las ACM por lo general producen una cantidad de déficit intelectuales específicos que impiden el dominio del niño de ciertas materias. Las más importantes de estas habilidades incluyen las capacidades de memoria, pensamiento abstracto, organización visual, orientación espacial y coordinación perceptiva motriz (Taylor, 1991).

BIBLIOGRAFÍA

–De la Fuente J.R (1998). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.

–Morales A.E. (1990). Disfunción Cerebral Mínima. Conceptos y Clasificación Actual (Revisión Bibliográfica). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

–Pierre. P., et al. (1997). DAM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.

–Taylor, E.A. (1991). El niño hiperactivo. Barcelona: Martínez Roca.