
COMPORTAMIENTO HIPERACTIVO EN EL NIÑO: IMPLICACIONES EN EL PROCESO EDUCATIVO

FLOREZ-LOZANO, J. A.
Depto. Interfacultativo de Fisiología
(Medicina y Ciencias)

Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo
Director: Prof. BERNARDO
MARIN FERNANDEZ.

INTRODUCCION:

Los padres y maestros conocen un tipo de comportamiento relativamente frecuente en la infancia: el comportamiento hiperactivo. Padres y educadores hablan y se preocupan por niños que son incapaces de estarse quietos, de atender, de seguir una tarea, etc.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la inquietud «per se» no supone necesariamente un comportamiento desusado o patológico, pero puede ser motivo de preocupación cuando va acompañada por un grupo de otros síntomas que caracterizan lo que se conoce como «síndrome de niño hiperactivo». Así pues, antes de adentrarnos en la materia a estudiar, conviene subrayar, que no todo niño que se agita ha de ser hiperactivo. Muchos niños normales se vuelven a veces turbulentos como consecuencia de algunos ambientes emocionalmente muy cargados. Por otra parte, la actividad es algo connatural al niño, que manifiesta en múltiples comportamientos.

Empero, el comportamiento hiperactivo o la hiperkinesia se consideran patológicos cuando el excesivo movimiento no está hecho a propósito ni va dirigido a nada específico. La incapacidad de concentración y de realizar algún trabajo estructurado es la característica principal del niño hiperactivo.

De otro lado, como veremos, la hipe-

ractividad raramente se presenta aislada, sino que se asocia a menudo con otros síntomas como: mala concentración, distracción, impulsividad, incoordinación, agresividad, trastornos de la percepción, de la memoria y del aprendizaje.

En el presente trabajo intentamos poner de manifiesto las características más importantes de este tipo de comportamiento, que se da en elevados porcentajes en la infancia y en el mundo escolar. Creemos que el tema presenta elevado interés en la docencia, por cuanto la detección de un niño hiperactivo a su debido tiempo, puede evitar comportamientos patológicos, a veces irreversibles. Es en la escuela, en el colegio, en el mundo educativo, en definitiva, donde los educadores —en íntima colaboración con los padres—, pueden detectar la hiperkinesia.

MANIFESTACION DEL SINDROME HIPERCINETICO

El síndrome hiperkinético es definido por la incapacidad para mantener la atención durante un período de tiempo prolongado. El niño que presenta este síndrome, está en continuo movimiento, no se puede concentrar sino es un momento, actúa y habla dejándose llevar de sus impulsos, es impaciente y se desconcierta fácilmente.

Obviamente, este tipo de comportamiento patológico ha sido objeto de un

creciente interés por parte de médicos, psicólogos, pedagogos, etc., probablemente por el hecho de que se da con relativa frecuencia en el medio educativo e impide progresar cualquier tipo de aprendizaje.

Mientras que el comportamiento hiperkinético «per se» no supone un problema sanitario para los niños, el hecho que este complejo síntoma sea motivo de problemas de adaptación en la escuela, con escaso rendimiento como consecuencia, crea graves preocupaciones en los padres y maestros responsables de la educación de los niños. Un rendimiento escolar elevado se ha convertido en la condición «sine qua non» para tener éxito en la vida moderna. De este aserto se deriva el hecho de que el niño hiperactivo, al no lograr cotas impuestas al ritmo educativo, se ve frustrado, con lo cual su hiperkinesia se agrava progresivamente, al mismo tiempo que la ansiedad manifiesta de padres y educadores contribuyen a ello.

Recientemente, MILLICHAP (1975) ha manifestado que no sólo la actividad diaria total, sino también la calidad y dirección de la hiperactividad son anormales en niños con el síndrome hiperkinético.

El niño hiperactivo en casa, constantemente tiene problemas a causa de su agitación, alboroto y desobediencia (STEWART et al., 1966). Por otra parte en la escuela se distrae fácilmente, es raro que termine su trabajo, tiende a hacer el payaso en clase y habla cuando no le corresponde. Simultáneamente, presenta problemas de disciplina y obediencia, manifestando también, en algunas circunstancias, conductas agresivas y peligrosas (STEWART et al., 1966).

El síndrome de hiperactividad no se confina a los chicos. Muchos adultos exhiben el mismo racimo de síntomas. En la vida adulta, sin embargo, algunas características básicas —energía viva, agresividad, carencia de inhibiciones— pueden servir de ayuda en el trabajo, mientras que en la infancia, cuando se

requiere a un niño para que se esté sentado y quieto ante un pupitre y se concentre en el estudio durante largos períodos, la inquietud asociada al síndrome, puede ser una gran handicap en todos los procesos educativos.

Así pues, pensamos, que dada la importancia de determinadas pautas de conducta en el proceso educativo (atención, percepción, concentración, quietud, etc.), la hiperactividad se presenta como una de las causas fundamentales de los trastornos educativos, incluyendo los referidos al aprendizaje.

BASES PSICOFISIOLOGICAS

Los clínicos desplegaron un gran interés por el síndrome a partir sobre todo de una epidemia de encefalitis ocurrida en Estados Unidos en 1918. Los niños que fueron afectados y se recobraron de la fase aguda del ataque, mostraron posteriormente un cambio drástico en su personalidad: se volvieron hiperactivos, distraídos, irritables, indómitos, destructivos y claramente antisociales.

Curiosamente presentaban lesiones cerebrales por otras causas, otros niños que habían sufrido los mismos síntomas posencefalíticos (daños en la cabeza o falta de oxígeno durante el alumbramiento). De ahí que la hiperactividad llegara a denominarse síndrome de «deterioro cerebral». Empero, es muy discutible el hecho de que todo niño que haya tenido una lesión cerebral manifieste «a posteriori» un síndrome hiperactivo. Por otra parte, es necesario subrayar que el hecho de que el niño presente los síntomas correspondientes al síndrome hiperactivo, puede ser el resultado de anomalías funcionales en el cerebro y no necesariamente estructurales.

No obstante, a pesar de estas observaciones, algunos científicos insisten en el hecho de que la hiperactividad se relaciona estrechamente con la lesión cerebral. En este sentido, MILLICHAP (1976,) recientemente apunta que los

niños hiperkinéticos poseen una base orgánica (neurológica). Creemos, sin embargo, que la realidad es distinta, por cuanto en el comportamiento hiperkinético intervienen factores psicofisiológicos de diversa índole (neurógenos, psicosociológicos) e incluso genéticos.

En experimentación animal se ha logrado reproducir el síndrome hiperactivo, mediante lesiones en los lóbulos frontales o en el hipotálamo. En la clínica, de otra parte, ciertos autores refieren que los pacientes con lesión definida de estas áreas del cerebro, muestran un comportamiento hiperactivo, así como un desequilibrio en el sistema activador reticular ascendente (S.A.R.A.) por eliminación de los mecanismos inhibidores normales.

Por otra parte, también en algunos sujetos hiperactivos se han detectado anomalías importantes en las catecolaminas.

A pesar de las relaciones claras de la hiperkinesia con las lesiones cerebrales, existen dificultades inherentes a los propios datos clínicos y que aún no se han resuelto experimentalmente. Sin embargo, tenemos que decir que el concepto de que el comportamiento hiperactivo puede ser debido a una lesión cerebral constituyó en sí mismo un avance con respecto a actitudes previas, según las cuales los niños hiperactivos eran considerados como individuos con un retraso mental irreversible o bien que manifestaban un tipo de psicopatología perversa, cuyo tratamiento más indicado debería ser la intensificación de las medidas disciplinarias. Creemos que este punto es de gran importancia y trascendencia en el medio educativo. ¿Qué hacer con este niño incansablemente inquieto? Esta pregunta, indudablemente, llega a ser una pesadilla para el maestro que no soporta por un momento más al niño hiperactivo.

STRAUSS et al. (1955), pioneros en la descripción de los tipos de comportamiento hiperkinéticos, adscriben a este

síndrome los siguientes síntomas: tendencia a distraerse, labilidad emocional, impulsividad y perseveración, etc. Estos síntomas interferían claramente en el proceso del aprendizaje, y de ahí, que constituyan un problema de máxima preocupación en el medio educativo.

Posteriormente, LAUFER y DENHOFF (1957), critican duramente, con resultados coherentes, la primera teoría del síndrome hiperkinético, según la cual la hiperkinesia se relacionaba estrechamente con la lesión cerebral. Estos investigadores observan que la conducta hiperkinética puede darse en ausencia total de la lesión cerebral; desde entonces, los interesados por estos trastornos del comportamiento han derivado hacia el rol de los factores psicológicos.

El problema del niño «hiperactivo» ha ido agravándose día a día, a medida que los factores psicológicos y ambientales-educativos se vuelven más fríos y más agresivos para el niño. Como cifra orientadora tenemos que decir que muy recientemente, SCHAIN (1972), comunica que una Comisión Especial de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos estimó que aproximadamente el tres por ciento de todos los niños en edad escolar mostraban trastornos hiperkinéticos. No obstante, otros científicos han dado cifras sustancialmente más altas. Algunos de ellos han estimado que el diez por ciento de los escolares de 5 a 12 años de edad presentan el síndrome hiperkinético.

El proceso de la hiperactividad va en aumento, el maestro llega a perder la paciencia y en definitiva llega a la conclusión de que la presencia del niño en la clase es intolerable. A menudo ese comportamiento hiperactivo supondrá un desafío a los esfuerzos del maestro con la mayor dedicación. A menudo el maestro también podrá observar cambios imprevisibles de humor, manifestaciones explosivas de angustia o desesperación, escasa memoria y una

inexplicable ansiedad. En este sentido, DAVIDS, en 1971, ha publicado una escala de valoración para cuantificar los trastornos del comportamiento descritos y que integran —entre otros— la conducta hiperactiva.

Junto a la inquietud y a la incapacidad para concentrarse, los niños hiperactivos muestran formas de comportamiento antisocial. A veces luchan con otros chicos, desconfían, mienten y destruyen. Paralelamente, STEWART (1966), ha demostrado a través de una larga investigación con una muestra de niños hiperactivos que suelen robar dinero (sobre todo a alguno de los miembros de la familia). Este científico ha puesto de manifiesto que el niño hiperactivo participa plenamente en actos vandálicos, es capaz de prender fuegos y de comportarse cruelmente hacia los animales. Este tipo de niños son reiteradamente castigados en la escuela, repiten curso y manifiestan luchas importantes en la propia escuela.

Por otro lado, refiriéndonos a las causas ambientales, conviene aclarar que, en primer término, el niño hiperactivo no está bien adaptado a su medio ambiente. En este sentido tenemos que apuntar que algunos ambientes son tan poco adecuados para el niño, que es de esperar algún tipo de respuesta anormal incluso en el niño más tranquilo.

Los niños pueden manifestar hiperactividad en respuesta a unas condiciones adversas y hostiles existentes en el hogar. Estos niños que son hiperactivos debido a un trastorno emocional, son capaces por lo general de comportarse apropiadamente cuando se alivian sus tensiones. De otro lado, situaciones stressantes de diferente tipo intervienen y actúan en el comportamiento hiperactivo. En relación con el stress, es necesario subrayar el hecho de que algunos ambientes escolares son inflexibles e insensibles a las características de la personalidad del niño individualmente considerado.

Convendría insistir en posibles actuaciones psicoterapéuticas en este punto, de extraordinario relieve. Por tanto, el estigma de la hiperactividad no debería ser atribuido a un niño, si el médico o el psicólogo especializado consideran que la hiperactividad es lisa y llanamente un abanico de respuestas del niño a la clase, al maestro o al ambiente familiar.

En otro orden de cosas, algunos autores se han referido al hecho de que la frustración «crónica», evocada en los niños desde la temprana infancia, puede ser una de las causas de la hiperactividad. En efecto, en un estudio hoy clásico, BARKER et al. (1941), dieron a treinta niños de un jardín de infancia la oportunidad de jugar con juguetes ordinarios. A continuación vino un período de juego con nuevos y mucho más atractivos juguetes, en otra parte del cuarto experimental. Cuando los niños ya se habían dedicado a jugar con esos nuevos juguetes, se les «regresó» a los materiales de juego menos deseables, con una pantalla que los separaba de los juguetes más atractivos. A continuación tasaron lo constructivo del juego durante este período «frustrante», cuando podían verse los juguetes mejores, pero no se podía jugar con ellos. Al comparar las tasas de antes y después informaron que 22 de los 30 niños regresaron a un juego menos constructivo, tres no notaron cambio alguno y cinco mostraron una ingeniosidad incrementada en la construcción. Además hubo un cambio de expresión emocional (menos felicidad) y un aumento de la tasa de *inquietud motriz* y en la hipertensión.

BARKER y colaboradores argumentaron que una fuerte frustración causa tensión ocasionando emoción, inquietud y una diferenciación de la personalidad.

ALCOHOLISMO Y SÍNDROME HIPERACTIVO EN EL NIÑO

Se sabe que la hipercinesia es un síndrome caracterizado por sobreacti-

vidad, pobre concentración, impulsividad y excitabilidad, produciendo serios problemas en el niño y en el adulto. Anteriormente hemos discutido el hecho de que el síndrome hiperactivo en el niño comporta lesiones cerebrales derivadas de algunas enfermedades o de traumas obstétricos. En este sentido se habían pronunciado varios autores (STEWART, 1970; WERNER et al., 1968).

Varios estudios indican una estrecha relación entre la hiperactividad y la sociopatía (MENKES et al., 1967; STEWART, 1970; WEISS et al., 1971). Otros estudios han sugerido que la hiperactividad puede predisponer al alcoholismo. (CANTWELL, 1972; MORRISON y STEWART, 1971).

Recientemente GOODWIN et al. (1975), han constatado el hecho comentado anteriormente. En efecto, una muestra de 133 sujetos alcohólicos, de una media aproximada de treinta años de edad, manifestaron diferencias estadísticamente significativas frente a otro grupo de sujetos no-alcohólicos, en algunos síntomas que integran el comportamiento hiperactivo.

Observaron GOODWIN y colaboradores que, en general, los sujetos alcohólicos habían presentado dificultades con sus padres y con las autoridades en la infancia y/o adolescencia. De otro lado, se comprobó que estos sujetos habían manifestado actos delictivos, desobediencia a los adultos (padres, educadores, etc.) y otras formas de conducta antisocial.

Otros investigadores han podido constatar los resultados experimentales obtenidos por GOODWIN et al. (1975). A pesar de existir resultados coherentes en este sentido, McCORD et al. (1959), estudiando los correlatos de la personalidad y los antecedentes de sujetos alcohólicos, reportan que no existe una evidencia de correlación entre la conducta antisocial manifestada por los sujetos en la adolescencia y el alcoholismo.

Es muy posible que variables no con-

troladas, como medio familiar, personalidad, diferencia en el tiempo, etc., intervengan en la discrepancia de los resultados. No obstante, hay que destacar que en la actualidad los investigadores preocupados por el niño hiperactivo siguen manifestando que, de no corregir estos síntomas, pueden convertirse en alcohólicos. Por otro lado, también se insiste sobre la estrecha relación entre la conducta hiperactiva y la delincuencia juvenil (WEISS et al., 1971).

PROGRAMAS TERAPEUTICOS

Teniendo en cuenta que las bases psicofisiológicas, que subyacen al comportamiento hiperactivo, no son del todo conocidas, no es extraño que los tratamientos psicofarmacológicos no produzcan ningún resultado positivo, o, en su caso, mejorías temporales. Algunos autores indican que las anfetaminas y otros estimulantes producen buenos resultados, pero el efecto es solamente temporal (STEWART, 1970).

Esta vía impone tener que dar consejos prácticos a los padres y ayudarlos a aplicar las técnicas de la terapia comportamental. También se puede ayudar a los maestros del niño a planear los modos de trabajar acerca de sus dificultades en el aprendizaje. La educación de padres y maestros en lo que se refiere a los problemas de los niños hiperactivos, ofrece grandes esperanzas para lograr que estos niños se sientan confiados y felices, a pesar de las propias limitaciones temperamentales de estos niños.

El niño hiperactivo y agitado debe recibir amor y comprensión, y la tolerancia debe moderarse con una disciplina adecuada. La imagen que el niño tiene de sí mismo es de gran importancia para su comportamiento. Para atraer la atención, estos niños pueden volverse locuaces y pesados. El niño es incapaz de controlar su comportamiento agresivo e hiperactivo. Es entonces, ante estos primeros síntomas,

cuando el maestro o educador debe poner de manifiesto estos síntomas que comienzan a interferir en los procesos de aprendizaje. En este sentido su labor es básica. Posteriormente, el psicólogo y otros profesionales en conjunción con padres, maestros, pediatra y/o neurólogo, comenzarán la larga labor terapéutica. De la colaboración de todos dependerá totalmente la recuperación del niño hiperactivo.

A MODO DE CONCLUSION

Las perturbaciones hiperactivas comienzan generalmente en una temprana edad, pero es en el medio educativo donde de una forma clara se van a poner de manifiesto.

La característica clínica más sobresaliente de los niños hiperactivos es su tendencia a distraerse o la brevedad del lapso de tiempo durante el cual son capaces de prestar atención. Esta incapacidad del niño hiperactivo en edad escolar —en lo que se refiere a la atención— es peculiarísima en edad escolar.

A pesar de la estrecha relación que ha sido mantenida largo tiempo en el sentido de que el niño hiperactivo había tenido una lesión neurológica, en la actualidad se piensa que el problema de la hiperactividad obedece a una serie de influencias psicofisiológicas y sociológicas, algunas de las cuales hemos comentado en este trabajo.

En el plano psicopatológico, se ha argumentado y demostrado que la conducta hiperactiva podría conducir a la delincuencia y al alcoholismo.

Parece sumamente significativo que el síndrome de hiperactividad sea mucho más común en los chicos que en las chicas, y que los chicos se vean

también afectados con más frecuencia por otros problemas de conducta (autismo, incapacidad para leer, retraso en el desarrollo del habla, etc.). Pensamos que hay motivos para creer que estas diferencias sean innatas y no el resultado de tratamientos que hayan podido sufrir de padres y maestros.

BIBLIOGRAFIA

MILLICHAP, J. G.: The hyperactive child with minimal brain dysfunction: questions and answers. Year Book Medical Publishers Ltd., Lloyd-Luke (Medical Books) Ltd. Londres, 1975.

STEWART, M. A., PITTS, F. N., CRAIG, A. G., y DIERUF, W.: The hyperactive child syndrome. *Am. J. Orthopsychiatry*, 1966, 36, 861-865.

MILLICHAP, J. G.: El niño hiperactivo. *The practitioner*, 1976, 133, 25-29.

STRAUSS, A. A. y KEPHART, N. C.: Psychopathology and education of the brain-injured child. Vol. II. Progress in theory and clinic. Grune & Stratton, New York, 1955.

LAUFER, M. W., y DENHOFF, E.: Hyperkinetic behavior syndrome in children. *J. Pediat.*, 1957, 50, 463-474.

SCHAIN, R. J.: Neurology of childhood learning disorders. Williams & Wilkins, Baltimore, 1972.

STEWART, M. A.: Hyperactive children. *Sci. Am.*, 1970, 222, 94-98.

WERNER, E., BIERMAN, J. M., FRENCH, F. E., SIMONIAN, K., CONNOR, A., SMITH, R. S. y CAMPBELL, M.: Reproductive and environmental casualties: A report on the 10-year follow-up of the children of the Kauai pregnancy study. *Pediatrics*, 1968, 42, 112-120.

WEISS, G., MINDE, K., WERRY, J. S., DOUGLAS, V. y NEMETH, E.: Studies on the hyperactive child: VIII. Five year followup. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1971, 24, 409-414.

MENKES, M. M., ROWE, J. S. y MENKES, J. H.: A twenty-five year follow-up study on the hyperkinetic child with minimal brain disfunction. *Pediatrics*, 1967, 39, 393-399.

GOODWIN, D. W., SCHULSINGER, F., HERMANSEN, L., GUZE, S. B., y WINOKUR, G.: Alcoholism and the hyperactive child syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Dis.*, 1975, 160, 349-353.

MCCORD, W., MCCORD, J. y GUEDEMAN, J.: Some current theories of alcoholism: A longitudinal evaluation. *Q. J. Stud. Alcohol.*, 1959, 20, 727-749.