



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

## "PROBLEMAS DE LA NIÑEZ EN EL ÁMBITO EDUCATIVO: LOS CASOS DE BULLYING Y ADD"

**Autora:** Lucila Isbert.

**Colaboradores:** Dr. Roberto Rosler y Ana Villagra.

### BULLYING

#### ¿Que es bullying?

Hostigamiento entre pares, violencia dentro y fuera del aula, verbal, física y psicológica. Son los chicos maltratados por sus propios pares. Bullying, ese abuso de poder sistemático y sostenido que convierte en víctimas a todos los que caen en su sistema.

#### *Donde nace la palabra bullying*

La terminología bullying alude a la acción de torear y nace en Noruega en los años 80' de la mano del psicólogo Dan Olweus. En Estados Unidos esta problemática existe ya desde el 2003, donde allí trabajan para mejorar esta problemática cada vez más grave con un equipo de psicólogos, técnicos, licenciados y neurólogos, solamente así podemos tratar estos temas.

#### **Característica de la patología**

En este círculo de abuso de poder (físico o psicológico) habrá un líder carismático, una víctima y un grupo de espectadores que lo apoya y festejan sus acciones, muchas veces por miedo a convertirse en un futuro blanco.

Silencioso, doloroso y cruel. Así lo definen los especialistas este proceso en el que el chico que cae presa de una situación que no puede manejar, y que a su vez lo lleva a sentirse cada vez más solo, aislado e indefenso. ¿Pero por qué calla? Porque se muere de miedo, quizá, está amenazado, por otro lado tiene miedo de angustiar a sus padres, es un chico con la autoestima baja. No quiere generar problemas, la situación le da mucha culpa y llega a pensar que se la merece. El chico hostigado calla y espera y desea que no vuelva a pasar, pero cada día que vuelve a la escuela y se repiten los episodios y cuando los padres o docentes advierten los síntomas, la situación ya lleva meses o años. Por eso, es tan cruel e importante tomar "cartas en el tema".

Quienes han vivido de cerca este tipo de acciones acuerdan en que muchas veces el **bullero** se vuelve hostigador como una manera de elaborar su propio dolor, haciéndole pagar al otro lo mismo que el ya padeció en otras circunstancias. Como una tendencia a la repetición. Y afirman que el bullying suele tomar distintas formas según la edad y el género del grupo, como ser verbal, físico (mas común en los varones) o la exclusión social (mas frecuentemente en las mujeres).

#### **I. Síntomas que puede manifestar un chico hostigado**

- Cambios en el carácter
- Problemas de sueño
- Cambios en la alimentación
- Arañazos, golpes, etc.
- Pierden plata continuamente
- Dolores de cabeza o de panza, por lo general los días domingos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

## II. El Rol de los Padres y los Docentes

El rol de los padres y los docentes, entonces será importantísimo a la hora de detectar en sus hijos y alumnos síntomas peligrosos que hablen en vos baja de un sufrimiento mantenido en el tiempo. No es fácil, será un trabajo arduo, sobre comportamientos sospechosos será la base principal para empezar a discernir cada caso.

**Muchas veces el docente se vuelva cómplice de la situación, porque generalmente el hostigador es un chico carismático, hay que estar atentos y ver que está sucediendo si un chico tiene un ataque de violencia. En las escuelas se tiende a cortar la acción, separar a los chicos y sancionarlos,** pero muchas veces ese alumno que reacciona de una manera violenta y visible está siendo hostigado y no encuentra otra manera de defenderse." A veces termina siendo castigado quien por lo bajo está siendo agredido, y los otros salen vencedores, reforzando así el sistema bullying , Si bien esto no termina aquí hay que tomar medidas también hay que investigar al grupo. Este es un trabajo que a veces va por un lugar equivocado y hay que volver a empezar .Una vez instalado el sistema bullying en el grupo tiene que ser tratado de inmediato, ya que el padecimiento emocional, tanto del acosador como el acosado, puede devenir en futuras depresiones y hasta suicidios. La ayuda de los padres y de la escuela es importantísima para que un plan de soluciones se ponga en marcha. Para esto hay que concretar dicho plan como actividades especiales con el grupo, cuestionarios individuales y juegos (pudiendo verlos interactuar en educación física). Esto junto con los padres, colegio y el departamento de psicología. **Las medidas de urgencia serán sancionar al hostigador y proteger al hostigado, aunque muchas veces las escuelas no logran aceptar lo que está pasando al creerlo como un error propio.**

Los límites en algún punto, pueden evitar que un chico se convierta en hostigado en hostigador."El error de los padres de nuestra generación fue que para no ser autoritarios, dejamos que nuestros hijos descubran solos el mundo, y resulta que les faltó un guía".los padres debemos asumir que somos quienes tenemos que conducir las vidas de nuestros hijos .Hoy en día nos preguntamos, ¿quién educa a quién? .Tenemos que pensar que el cambio está en nuestras manos, en aprender la tolerancia por el prójimo y aceptar las diferencias, sin necesidad de ofensas ni violencia, crecer y educar con respeto."Lo importante es que los chicos aprendan a vivir, que sepan que pueden ser felices, aceptados y queridos sin necesidad de lastimar a nadie".Un cambio que comienza en las aulas, de seguro, beneficia a todos sin necesidad de que esta vez, se sientan excluidos".

## III. Los chicos

En ninguno de los dos casos los chicos son felices. **El hostigado está expuesto permanentemente a burlas y acosos y el hostigador por su parte, vive en una constante situación de estrés** ya que debe controlar al blanco de sus ataques y mantener el rol de seducción entre sus pares y docentes "Es un chico agotado, que tiene la energía puesta en mantener una situación de poder muy frágil. Porque el día que se le escapa algo, cae.

El hostigado es en general un chico con baja autoestima, con conductas muy rígidas, que no sabe adaptarse al juego del otro y no poder hacer un despliegue de sus habilidades sociales como para relacionarse y adaptarse a distintos grupos. Es muy probable que si un chico está acostumbrado al maltrato el mismo en la escuela se ponga en ese lugar. También sucede que los chicos sobreprotegidos salen al mundo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

carecen de herramientas para defenderse. El hostigador, por su parte, generalmente es un líder con gran aceptación con habilidades para manipulación. **Muchas veces chicos hostigados en sus casas se vuelven hostigadores en el colegio. Pero no necesariamente son chicos maltratados en sus casas, no siempre viven en sus casas situaciones de hostigamiento pero después en el colegio tratan de lograr éxitos mediante sistemas macabros que no lo aprendieron en sus casa. Lo que enseña a maltratar es la sociedad.**(bullying cero Argentina.)

## ADD

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, conocido por sus siglas como TDA/H, (AD/HD o ADD en Inglés) es un trastorno neurobiológico que afecta a los individuos a lo largo de sus vidas. Se estima que un 3 a 5% de los niños lo son. Y recientes estudios han demostrado que entre un 30 a 70% de estos niños con TDA/H continúan presentando los síntomas en edad adulta.

La mayoría de los adultos con TDA/H no saben que lo tienen. Generalmente tienen dificultad para organizarse, finalizar un trabajo, llegar a tiempo a las citas. Los retos de una vida diaria normal- como ser puntuales o productivos en el trabajo- puede ser uno de los mayores retos de un adulto con TDA/H.

## DIAGNOSTICO

Para ser diagnosticado con TDA/H, un adulto debe haber mostrado de forma persistente y recurrente los síntomas, desde su infancia. El diagnóstico debe ser realizado por un médico con experiencia en el área (psiquiatra, médico, neurólogo, o psicólogo,) Para un diagnóstico preciso, la historia de las conductas de paciente durante su infancia y adolescencia, más una entrevista con su pareja, alguno de su padres, amigo cercano, pueden ser de gran ayuda. Puede añadirse un examen médico y tests psicológicos. Otras condiciones -como ansiedad, depresión, dificultades de aprendizaje, o desorden maníaco-depresivo- necesitan tomarse en cuenta para realizar el diagnóstico.

## TRATAMIENTO

Así como no existe un test específico para diagnosticar el TDA/H, no existe un tratamiento específico ni apropiado para todos. El tratamiento se desarrolla a la medida de las necesidades del individuo y abarcando todas sus áreas necesarias.

La medicación, es una parte integral del tratamiento multidisciplinario del TDA/H en niños, y es la piedra angular del tratamiento en adultos. Pero es importante resaltar que las "pastillas no sustituyen las habilidades". Esto significa que la medicación sola, no es suficiente para que una persona mejore su problema de organización, manejo del tiempo, establecer prioridades, y usar "ayudas cognitivas" Sin embargo, el medicamento juega un papel importante para el nivel neurobiológico del adulto, permitiendo que aprenda y desarrolle estas habilidades necesarias para triunfar.

Hay una gran variedad de inquietudes conductuales, sociales, académicos, vocacionales y de relaciones para un adulto con TDA/H. La educación es básica para ayudarlo en esta lucha. Psicoterapia individual y/o coaching por un profesional con experiencia en Adultos con TDA/H le ayudará a manejar mejor su vida.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

## **Técnicas y estrategias para ayudar al niño hiperactivo**

Los síntomas que caracterizan el "Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad" son la impulsividad, la hiperactividad y la baja atención. Pero, sin duda, lo que ayuda a detectarlo es observar si un niño manifiesta con frecuencia las siguientes conductas:

- Su comportamiento es infantil para su edad, excesivamente inquieto y dependiente; más propio de un niño de menor edad.
- Le cuesta concentrarse, no mantiene la atención cuando es necesario.
- Es desorganizado y suele hacer los trabajos con una baja calidad.
- Frecuentemente deja los trabajos sin terminar o interrumpe los juegos.
- Está continuamente levantándose cuando debería estar sentado, por ejemplo, en la clase o a la hora de comer.
- Es muy impulsivo, hace las cosas sin meditarlas previamente.
- Mueve mucho las manos y los pies.
- Suele interrumpir a los demás cuando están hablando o realizando alguna actividad.
- Siempre está corriendo y saltando, como si tuviera un motor en marcha.
- Le cuesta relacionarse con otros niños debido a que siempre está cambiando de juego, no respeta los turnos y no sigue las reglas del grupo.
- A menudo pierde cosas o las olvida.
- Es desobediente y su comportamiento provoca las quejas de sus profesores.

**Si el niño cumple algunos de los puntos expuestos aquí, quizás sea recomendable acudir a un profesional para diagnosticar o descartar el trastorno de hiperactividad.**

La forma de tratar el "Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad" es modificar o compensar lo más posible aquellas conductas típicas que repercuten negativamente en la vida diaria del niño y de su familia. El objetivo principal es reducir su impulsividad e inquietud motriz y aumentar su atención, que son la fuente de sus principales problemas. Las corrientes psicopedagógicas conductista y cognitivista ofrecen diversas estrategias para tratar la hiperactividad. La corriente conductista centra su atención en cómo el ambiente en el que se mueve el niño (la familia, los profesores, etc.) interactúa con él para, manejando esta interacción, modificar las formas de comportamiento. La corriente cognitivista actúa directamente sobre el niño enseñándole a ejercer su propio control a través del entrenamiento en estrategias.

### **Corriente conductista: cambiar una conducta inadecuada a través del ambiente**

Para modificar determinadas actitudes, como la agresividad o la desobediencia, se emplean técnicas de cambio conductual que se apoyan en la psicología conductista. La base de todas ellas es la idea de que todo comportamiento es una forma aprendida de responder a determinadas circunstancias. Cuando lo que obtenemos al responder de determinada manera es bueno, agradable o sirve a nuestros propósitos, esa respuesta se instaura en nosotros, es decir, la aprendemos y siempre que nos vemos en circunstancias similares respondemos igual. Por el contrario, si con nuestra actuación no logramos lo esperado, desechamos la respuesta como "no válida" y dejamos de emplearla. Esto supone que tu actitud es fundamental a la hora de manejar la de tu hijo, ya que es la que le proporciona la información de si sus respuestas son adecuadas y sirven a sus propósitos o, por el contrario, debe sustituirlas por otras. Los padres pueden, sin darse cuenta, fomentar las



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

respuestas inapropiadas. Un ejemplo muy claro es cuando se cede a un capricho, que se ha negado en un principio, para contener una rabieta. La conclusión del niño en esta ocasión es clara (y muy lógica): "enfadándome, gritando y tirando las cosas consigo lo que yo quiero". Resultado: cada vez recurrirá con más frecuencia a las pataletas. Un sistema de puntos o fichas canjeables. Elabora con tu hijo una lista de cosas que le gustaría hacer o conseguir y pon a cada cosa un valor en función de sus características: un caramelo 2 puntos, media hora más con la computadora 8 puntos, ir al cine 14 puntos, comprar un juguete determinado 20 puntos, etc. Ya sólo queda ponerlo en práctica: cada vez que tu hijo cumpla el objetivo marcado refuézale con un punto y cuando desee canjearlos dale la recompensa que le corresponda según acordaste.

En el libro **Nuestro hijo es hiperactivo** puedes consultar otras técnicas que aplican estos mismos principios.

La forma de tratar el "Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad" es modificar o compensar lo más posible aquellas conductas típicas que repercuten negativamente en la vida diaria del niño y de su familia. El objetivo principal es reducir su impulsividad e inquietud motriz y aumentar su atención, que son la fuente de sus principales problemas. Las corrientes psicopedagógicas conductista y cognitiva ofrecen diversas estrategias para tratar la hiperactividad. La corriente conductista centra su atención en cómo el ambiente en el que se mueve el niño (la familia, los profesores, etc.) interactúa con él para, manejando esta interacción, modificar las formas de comportamiento. La corriente cognitiva actúa directamente sobre el niño enseñándole a ejercer su propio control a través del entrenamiento en estrategias.

### **Corriente cognitivista: enseñar a hacer las cosas mejor**

Según la corriente cognitivista, la forma más adecuada de ayudar a un niño hiperactivo a resolver sus problemas correctamente es entrenarle en los pasos que debe seguir, es decir, darle estrategias para que sepa cómo actuar.

Por ejemplo, mantener la atención es una habilidad casi automática en la mayoría de las personas, pero para un niño hiperactivo es todo un triunfo. Para facilitarle esta tarea debemos enseñarle cómo se presta atención facilitándole una serie de instrucciones que resuman eso que hacemos las personas cuando prestamos atención (centrarnos en lo importante, ignorar los estímulos irrelevantes, etc.). En este caso estaríamos hablando de estrategias atencionales. Dicho así parece muy abstracto, sin embargo lo puedes aplicar de forma particular a cada una de las tareas con las que tu hijo tenga dificultades. Una manera de hacerlo efectivo es el "modelo de auto instrucciones" que debes practicar cada día tantos días como sea necesario hasta que tu hijo sea capaz de realizar el quinto paso de forma natural:

1. Modelado: haz tú la tarea mientras vas diciendo en voz alta los pasos que sigues, mediante instrucciones claras y concisa
2. Guía externa manifiesta: ahora es él quien realiza la misma tarea mientras le ayudas repitiendo junto con él los pasos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

3. Auto guía manifiesta: el niño repite solo las instrucciones, en voz alta, mientras hace la tarea.
4. Auto guía manifiesta atenuada: en vez de hablar en voz alta debe cuchichear las instrucciones.
5. Auto instrucciones encubiertas: finalmente el niño realiza la tarea en silencio mientras se guía por las instrucciones a través del pensamiento (Esther García Schmah)

### **Evolución histórica**

Uno de los grandes investigadores de la psicología del desarrollo infantil francesa ha sido el médico E. WALLON. A partir de sus tesis doctoral describe las grandes leyes del desarrollo psicomotor. Según él el niño debe pasar por cuatro estadios obligatoriamente: el impulsivo, el emotivo, el sensorio-motor y el proyectivo.

Sería la única forma de poder acceder a la conciencia de sí mismo y a la inteligencia práctica. La hiperactividad representaría una parada del desarrollo psicomotor en alguno de los anteriores estadios. WALLON describe cuatro grandes síndrome psicomotores con el síntoma común de la hiperactividad:

**1. El síndrome de asinergia motora y mental.** Consecuencia de una afección cerebelosa

**2. Síndrome psicomotor con hipertónía.** Consecuencia de una alteración extrapiramidal.

**3. Síndrome de automatismo motivomotor** Secundario a una alteración del aparato opto-estriado.

**4. El síndrome de insuficiencia frontal.** Sería debido a una hipofunción prefrontal.

El inestable prefrontal sería el más cercano a lo que hoy entendemos por hiperactividad. Se trataría de un niño con hiperactividad y grandes dificultades atencionales e incapaz de desarrollar su capacidad de pensamiento y de la percepción. Distinguió tres tipos de niños hiperactivos: **a)** los asinérgicos, **b)** los epileptoides y **c)** los subcoréicos.

Los epileptoides serían los actuales niños hiperactivos con problemas de conducta. Joaquín Díaz Atienza (psiquiatra infantil, hiperactividad infantil).

### **Época Moderna**

Hemos denominado, de forma más o menos arbitraria, época moderna a la que comienza con la aparición del manual de diagnóstico y estadístico de la Sociedad Americana de Psiquiatría DSM -III. Esta nueva clasificación de los trastornos mentales introduce la novedad de estar basado en estudios epidemiológicos previos e intenta operativizar de forma rigurosa los criterios clínicos para poder hablar de hiperactividad. Durante la década de los 80 convivió con la CIE-9, sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. la hiperactividad figuraba en la edición de la CIE de 1975-77, conocida como CIE-9, sistema de **Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS**, de (1975-77), bajo la entidad 314 y con el nombre de "Síndrome de Inestabilidad en la Infancia" o "Síndrome hiperquinético de la infancia". La definición que hace de estos trastornos es: **"Se trata de un trastorno caracterizado por una dificultad en la capacidad de atención y distracción."**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

Durante la primera infancia el síntoma más importante es la hiperactividad, sin inhibición, no organizada ni controlada. En la adolescencia puede disminuir la hiperactividad. La impulsividad, las variaciones del humor, la agresividad pueden ser frecuentes. Existe frecuentemente un retraso en las habilidades específicas, así como una reducción y perturbación de las relaciones. Si la hiperactividad fuera síntoma **-grupos de trastorno hiperactivo:**

- Trastorno simple de la actividad y de la atención: **Los síntomas principales serían la inatención, la distracción y la hiperactividad.**
- Hiperactividad con retraso del desarrollo: **Conjuntamente con la hiperactividad estarían presentes, retrasos del lenguaje, torpeza motora, trastornos de la lectoescritura y otros déficits específicos.**
- Trastornos de conducta asociados a la hiperactividad: **asociado a trastornos de conducta y sin trastornos específicos del desarrollo.**

Esta clasificación supuso, a nuestro juicio, un gran avance para la clarificación clínica del trastorno hiperactivo, a pesar de sus criterios poco operativos para la investigación.

### La hiperactividad en el DSM-III.

Su predecesor, el DSM-II, hablaba de "La Reacción Hiperquinética de la Infancia", haciendo énfasis en el aspecto motor del cuadro. No se contemplaban los aspectos cognitivos, contrariamente a lo que sucedería con el DSM-III. Con esta nueva clasificación de los trastornos mentales se introducen una serie de innovaciones muy importantes. La primera, es contemplar los aspectos cognitivos y dar primacía al problema atencional como síntoma nuclear del trastorno. La segunda, y ante la experiencia positiva de la clasificación multiaxial de Rutter, es introducir este aspecto en el nuevo manual. Finalmente, con la introducción del trastorno residual, nos brinda una visión más evolutiva de la hiperactividad infantil. Como se comprenderá supone, por primera vez, acercarse al trastorno con una visión más ecléctica, más empírica, posibilitando la puesta en común de unos criterios diagnósticos que facilitarían un lenguaje común y la investigación.

**Aquí también se mantienen tres categorías o subgrupos:**

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:** presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad inapropiadas para la edad cronológica y mental.
- **Trastorno por déficit atencional sin hiperactividad:** Las mismas características clínicas que el anterior excepto la hiperactividad. Este subgrupo se eliminó en el DSM-III-R para aparecer de nuevo en la versión IV.
- **Trastorno por déficit atencional tipo residual:** Se caracterizaría por un cuadro sin hiperactividad pero con los déficits atencionales y la impulsividad de los anteriores. Igualmente, sería sujetos obstinados, negativos, autoritarios, con labilidad del humor, baja tolerancia a la frustración, crisis de cólera, baja autoestima y trastornos específicos del desarrollo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

La hiperactividad es uno de los trastornos infantiles que más relevancia ha adquirido en la psiquiatría, sobre todo en Inglaterra y EE.UU. El resto de los países europeos con peso en la psiquiatría infantil como Francia, han estado dominados por la corriente psicoanalítica lo que, a nuestro juicio, ha entorpecido bastante el avance en el conocimiento de este significativo problema psicopatológico.

Un aspecto importante que aún perdura es la delimitación entre hiperactividad y problemas de conducta. La clasificación de la Sociedad Americana de Psiquiatría se inclina por encuadrarlos como problemas diferentes, en tanto que la Organización Mundial de la Salud mantiene en su clasificación actual un subgrupo de niños hiperactivos con trastornos de conducta. El problema radica en la constatación científica de dos aspectos semiológicos: Primero, la inatención, aunque síntoma nuclear del trastorno hiperactivo, no es exclusivo del mismo. También podemos encontrarla en los trastornos emocionales y en los trastornos de conducta.

Lo mismo sucede con la hiperactividad y la impulsividad respecto a algunos trastornos de conducta y la hiperactividad infantil. En segundo lugar, con demasiada frecuencia se confunden determinados comportamientos disruptivos vinculados a la impulsividad y a determinadas características temperamentales con problemas de conducta. Por todo ello, creemos que aún queda bastante por hacer en la comprensión de lo que denominamos **Trastorno por déficit atencional con hiperactividad**, trastorno vinculado al desarrollo y cada vez más cerca de otros **trastornos neuropsiquiátricos, es decir de origen neurobiológico**.

Han sido muchos los esfuerzos por llegar a un consenso entre los profesionales para diagnosticar el TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD. Aún hoy, en algunos países como Francia, discuten sobre la autenticidad, o no, de la hiperactividad como síntoma o como síndrome, siendo la mayoría los que se inclinan por negar su estatus como entidad clínica. Esto, que pudiera parecer una disputa sin sentido entre escuelas, no deja de ser importante por lo que conlleva a las decisiones en el ámbito de lo terapéutico. De hecho en la **Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente** aun se lo sigue llamando **inestabilidad psicomotora**, aunque distingue entre la hiperactividad ligada a un retraso mental, a trastornos de la personalidad, hiperactividad constitucional o una inquietud motora excesiva como consecuencia de un trastorno bipolar o manía.

Por tanto, parece claro que para la psiquiatría francesa la hiperactividad sigue siendo un síntoma y no un síndrome, tal como se defiende hoy por la inmensa mayoría de los profesionales.

## **Criterios Diagnósticos de la Clasificación Francesa**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Síntomas psicológicos: inatención, inconstancia en la actividad, un cierto grado de impulsividad.
- Síntomas motores: hiperactividad o agitación motriz incesantes

### **SE INCLUYEN EN ESTE TRASTORNO**

- Los trastornos de la atención sin hiperactividad



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

## **SE EXCLUYEN**

- La actividad excesiva explicable por la edad.
- La inestabilidad psicomotora debida a déficit mental o trastornos de personalidad.
- Las manifestaciones motoras de tipo maníaco y por excitación maníaca.

De hecho, aún se considera que existen dos situaciones en las que un niño o niña puede manifestar hiperactividad: aquellos con antecedentes de disfunciones vinculares precoces y con alteración en las relaciones objetables y los que, debido a antecedentes obstétricos perinatales u otra causa orgánica, la presentarían como síntoma.

En la Enciclopedia Médico-quirúrgica, exponente de las ciencias médicas francesas, aunque introduce el término hiperquinesia y describe los síntomas recogidos en el DSM-III-R solo le dedica un pequeño párrafo y con clara postura escéptica.

Realizamos esta pequeña aclaración porque consideramos que la corriente que acabamos de exponer es el contrapunto de otra que afirma con absoluta rotundidad que estamos sin más ante un problema exclusivamente médico (sea neurológico o neuropsiquiátrico). En esta posición epistemológica que, en principio, no debería ser puesta en cuestión, se esconden intereses tan peligrosos como en la primera, debido a las consecuencias que esta circunstancia implica: son muchos los niños diagnosticados precipitadamente de hiperactividad y precipitadamente medicados o sometidos a intervenciones psicológicas, igualmente precipitadas. No debemos obviar los aspectos ecológicos que, en bastantes situaciones, están detrás de un niño que, si bien es temperamentalmente hiperactivo, no puede ser "etiquetado" de hiperactividad.

Las condiciones de hábitat de los núcleos urbanos con viviendas de 90 m<sup>2</sup> y sin posibilidades de esparcimiento extraescolar son un buen caldo de cultivo para que niños inquietos sean diagnosticados precipitadamente. Finalmente, en un mundo que cada vez adora más la comodidad no es difícil encontrar a padres y maestros con un umbral de intolerancia bastante bajo: **Cualquier niño que supera el umbral de tolerancia de sus padres o de sus maestros no debe ser diagnosticado de hiperactivo, aunque "lo digan los cuestionarios"**.

La hiperactividad la describe, sobretodo, como mayor cantidad de movimientos que la que presentarían otros niños de su edad y sexo, así como su topografía ecológica: familia, escuela, situaciones sociales y/o trabajo. Debe presentarse, al menos, en dos situaciones diferentes. La hiperactividad varía en función de la edad, por ello se recomienda precaución tanto en niños pequeños como en adolescentes y adultos: en los primeros puede ser absolutamente normal y en los segundos manifestarse por inquietud e incapacidad para realizar actividades sedentarias.

**La impulsividad** la define como la incapacidad para demorar las respuestas, dificultad para esperar el turno y la interrupción e interferencia de las actividades de los demás. Igualmente, en el ámbito de la interacción social, dan respuestas precipitadas o comentarios impertinentes y presentan dificultades para mantener la conversación. El **diagnóstico diferencial** habría que hacerlo con conductas normales, hiperactividad en el retraso mental, ambientes académicos inadecuados, comportamientos negativos, trastornos generalizados o psicóticos y medicamentos. A continuación se exponen los Criterios Diagnósticos.

## **Criterios para diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV)**

A. ítem (1) o (2):



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

---

**Item (1): seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:**

### **Desatención**

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles e incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
- (c) a menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativo o a la incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta, es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (lápices, ejercicios escolares, juguetes, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en actividades diarias

**Item (2): seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad -impulsividad han persistido por los menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa o incoherente en relación con el nivel de desarrollo:**

### **Hiperactividad**

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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

---

### **Impulsividad:**

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos).

**B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad

**C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela, trabajo, casa).

**D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, ansiedad, trastornos disociativos o un trastorno de la personalidad)

## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

### **INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA SEMIOLOGÍA.**

Los síntomas de hiperactividad son más graves y evidentes cuanto menor es el niño. La evolución natural de los síntomas es hacia una mejoría con el desarrollo, al menos como regla general. Sobre todo, esto es evidente en lo que se refiere a la hiperactividad y, no tanto, en cuanto a la inatención y la impulsividad.

### **De 0 a 18 meses.**

Antes de emitir el diagnóstico de hiperactividad, hay que tener muy en cuenta que un niño de esta edad es muy activo, aunque ya pueden aparecer determinados aspectos conductuales y psicofisiológicos que pueden inducirnos a pensar en el diagnóstico: sería un niño que desde los primeros meses se mueve incesantemente en los brazos de la madre, trepa sobre su cuerpo, se retuerce, no cesa de tocarlo todo, explora el ambiente incesantemente desde el momento en que tiene capacidad motora para ello. Todos conocemos las enormes precauciones a tener en cuenta para evitar los tan frecuentes accidentes infantiles en el hogar o en la guardería.

Su desarrollo a esta edad se produce "a salto", el sueño es parecido al del niño prematuro, con una proporción sueño lento / sueño paradójico alrededor de un tercio, el lactante se duerme rápidamente con la misma rapidez que se despierta saltando y gritando. Su apetito es débil, irregular y apenas si hay descanso después de las comidas. Puede pasar de forma imprevisible, súbitamente de la inquietud a la calma, su sonrisa es infrecuente y mira escasamente a su madre. Esto es muy importante, porque ésta derrotada, agotada puede



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

responder de forma inadecuada frente al niño. Si no se es capaz de mantener una relación adecuada, entre la madre y el hijo, en esta etapa puede ser causa de problemas posteriores.

### De 18 meses a los seis años.

Se observa, por regla casi general, un ligero retraso en el lenguaje. Algunos comienzan con las primeras palabras hacia los 3 años y primeras frases hacia los cuatro. Pero lo que más va a preocupar debido a las consecuencias sobre la autoestima y las habilidades sociales posteriores es el comportamiento tan disruptivo con respecto a sus iguales: puede ser agresivo, dominante, destructor, dando la impresión que le importa poco las reacciones de los demás, aunque es un niño muy sensible a los rechazos o no aceptación por parte de sus compañeros.

Como dijimos anteriormente, son niños especialmente propensos a los accidentes. A esta edad es imperativa una intervención con objeto de prevenir un deterioro en las relaciones madre – padre – hijo, ya que pueden ser irreversibles. Igualmente, la intervención debe ir encaminada a prevenir el deterioro en las relaciones con los iguales.

Esta etapa del desarrollo en un niño hiperactivo es crucial por varias razones: las alteraciones de la actividad y los aspectos disruptivos de la conducta del niño, no solo van a originar grandes disfunciones en el ambiente familiar (desacuerdos entre padres a la hora de conducir la situación, agotamiento, pérdida de la calidad de vida que venía manteniendo la pareja etc.), sino, igualmente, en la guardería en donde no es difícil que nos planteen la expulsión. Todas estas situaciones no son neutras afectivamente para el niño hiperactivo que sufre y que, si no intervenimos, pueden dar lugar a aprendizajes negativos que afecten su sociabilidad y autoestima. De otra parte, es necesario detectar precozmente la existencia, o no, de déficits neurocognitivos específicos para evitar fracasos en los aprendizajes académicos posteriores, como por ejemplo, cuando se comience con la lecto-escritura.

### Adolescencia.

Tal como hemos repetido en varias ocasiones, la hiperactividad se atenúa conforme el niño se acerca a la adolescencia, aunque persisten los problemas de impulsividad e inatención (Trastorno Residual), aunque aún existen trabajos que ponen en duda esta evolución.

Lo que sí es evidente es que, si no se interviene precozmente y bien, van a aparecer grandes complicaciones escolares, laborales, y personales (pobre autoestima, dificultades en la relación social y conductas heteroagresivas etc.).

### NEUROPSICOLÓGICA

Aquí nos parece oportuno explicar detenidamente el problema considerado, hoy por hoy, central en el TDAH: la atención. DOUGLAS y PETERS (1974) ya afirmaban que la mayor dificultad en el niño hiperactivo es la inhabilidad para mantener la atención y la dificultad en la inhibición de respuesta (impulsividad) durante la realización de tareas o en situaciones que requieran concentración. POSTNER (1897) de otro lado, diferencia entre la capacidad para dirigir la atención y la habilidad para **focalizarla** selectivamente ante un estímulo específico. Existen estudios de laboratorio que indican que los niños son tan distraibles como los controles sin hiperactividad ante la presencia de **distractores externos** y, de otro lado, tampoco parece que los niños hiperactivos, ante tareas de aprendizaje incidental, procesen o recuerden más información irrelevante que los niños normales. El nivel de vigilancia y de atención sostenida se han evaluado con tareas denominadas **Continuous**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

**Performace Test.** Se les presentan una serie de estímulos debiendo dar una respuesta cuando aparece una determinada secuencia de los mismos. En los niños hiperactivos se encuentra un mayor número de errores por **omisión y por comisión** conforme va transcurriendo el tiempo. Sin embargo en las pruebas que implican cortos periodos de tiempo en donde debe mantenerse la atención, los niños hiperactivos no difieren de los controles. Parece que los niños hiperactivos presentan, por tanto, dificultad en el mantenimiento de la atención, así como un menor nivel de vigilancia. Este último aspecto explicaría la eficacia de los estimulantes.

Ante tareas que implican tiempo de reacción se ha observado una menor respuesta y mayor latencia de la misma en los niños hiperactivos. Este aspecto se ha evidenciado en el EEG con una menor capacidad de orientación y preparación a la respuesta. Alteraciones parecidas han sido encontradas en los potenciales evocados corticales. Sin embargo, no todos los investigadores están de acuerdo en considerar al problema atencional como síntoma nuclear de la hiperactividad. Así, BARKLEY (1990) realiza una extensión del concepto y considera a la hiperactividad más como un trastorno de la motivación que de la atención. Se trataría de una "insensibilidad" a las consecuencias ambientales, al refuerzo y al castigo. La teoría motivacional es consistente con los hallazgos neuroanatómicos recientes que sugieren una disminución en la activación de los centros cerebrales de recompensa y circuitos reguladores córtico-límbicos asociados a ellos. Igualmente es consistente con los hallazgos de la neurotransmisión que implican a la dopamina como reguladora no solo de la conducta motora, sino también del aprendizaje basado en el refuerzo.

Finalmente, otra hipótesis que se ha planteado son los déficits en las funciones ejecutivas. Este término se aplica a una serie de capacidades neurocognitivas, tales como la atención en una determinada y focalizada dirección, la respuesta de inhibición, la auto monitorización, la flexibilización en la formación de los conceptos, la capacidad de planificación, de juicio y toma de decisiones. Todas estas funciones están determinadas por el lóbulo frontal pero en conexión con otras estructuras cerebrales como los ganglios basales. Los niños hiperactivos, debido a dificultades en las funciones ejecutivas, van a presentar dificultades en la regulación de su conducta interpersonal.

Otro aspecto importante es la presencia de Trastornos específicos del Desarrollo en niños con hiperactividad. Comorbilidad muy importante y que con frecuencia se deja en un segundo plano como consecuencia de las disfunciones secundarias, en el ámbito escolar y familiar, a la hiperactividad, en cuanto tal.

### **Trastorno del Desarrollo de la lectoescritura.**

Normalmente, se admite el criterio de corte de dos desviaciones estándar con respecto a la media observada en niños con la misma edad e idénticas condiciones de escolarización para poder hablar de retraso en la adquisición de las habilidades en lectoescritura. Aunque siempre se ha planteado la posibilidad de una asociación accidental entre el TDAH y este trastorno específico, hoy no se duda de la coexistencia de ambos trastornos en gran número de niños con TDAH.

La situación clínica es que gran número de niños que consulta por un trastorno de la lectoescritura, también va a presentar serios problemas de atención. Lo mismo sucede al contrario. Sin embargo, desde un punto de vista neuropsicológico, se considera que los problemas de atención observados en los niños hiperactivos se debería a una disfunción fronto-límbica, en tanto que el déficit atencional observado en los niños con problemas de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

lecto-escritura se debería a una disfunción temporal. Igualmente en estos últimos, parece que los déficits de atención se manifiestan sólo cuando se pone a prueba un déficit, más primario, del procesamiento de la información. De otro lado, se ha evidenciado que, en tanto que los niños con hiperactividad con dificultades en lecto-escritura mejoran su rendimiento lector con el refuerzo, no sucede lo mismo con los que presentan, aisladamente, un déficit específico.

**INDISTINTAMENTE, DE QUE SE TRATE DE UN TRASTORNO COMÓRBIDO O DE TRASTORNOS INDEPENDIENTES.  
CREEMOS QUE TODO NIÑO QUE CONSULTE POR TDAH DEBE SER EVALUADO NEUROPSICOLÓGICAMENTE**

### **Trastorno Específico del Cálculo (matemáticas).**

Presenta los mismos problemas metodológicos que los expuestos para la lecto-escritura. Algo evidente es la presencia, más frecuente que en los grupos control, de la asociación entre los déficits en las habilidades de razonamiento numérico y el TDAH. Dos déficits detectados son las habilidades en la solución de problemas que implican lectura y en las operaciones básicas de cálculo. Esto puede deberse a dificultades en las tareas que requieran reorganización de la información, razonamiento y comprensión lectora. También se ha implicado al problema atencional.

### **A modo de conclusión:**

***Poco importa el debate teórico de si es una asociación casual o comórbida, en la actitud de ayudar a la mejora, a largo plazo, del niño con hiperactividad, es imperativo evaluar la posibilidad de coexistencia de un trastorno específico con objeto de orientar y planificar una ayuda integral, tanto en el contexto familiar como escolar. Con total seguridad, evitaremos graves consecuencias sobre la autoestima de nuestros pacientes, así como mejores condiciones para una integración socio-laboral completa, en la vida adulta.***

### **TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE DESARROLLO PSICOLÓGICO (DSM-IV)**

1. TRASTORNO DE LA LECTURA.
2. TRASTORNO DEL CÁLCULO
3. TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.
4. TRASTORNO DE LA COORDINACIÓN MOTORA.
5. TRASTORNO EXPRESIVO DEL LENGUAJE.
6. TRASTORNO RECEPTIVO-EXPRESIVO DEL LENGUAJE.
7. TRASTORNO FONOLÓGICO.
8. TARTAMUDEO

### **TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO (CIE-10)**

1. TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA PRONUNCIACIÓN.
2. TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN DEL LENGUAJE.
3. TRASTORNO DE LA COMPRESIÓN DEL LENGUAJE.
4. AFASIA ADQUIRIDA CON EPILEPSIA.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

---

5. TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA LECTURA.
6. TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA ORTOGRAFÍA.
7. TRASTORNO ESPECÍFICO DEL CÁLCULO.
8. TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR.
9. TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

### **El grupo control**

Es imprescindible que realicemos un seguimiento de niños sin hiperactividad y con las mismas características socioeconómicas, culturales, escolares, sexo, edad y CI que los niños hiperactivos. Si esto no se contempla no podemos afirmar que los resultados se deban a la hiperactividad

### **EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA HIPERACTIVIDAD**

La hiperactividad infantil parece, para el profano, un síndrome de diagnóstico fácil. Sin embargo, nada más lejos de la realidad si deseamos recabar la suficiente información como para implementar un tratamiento suficiente. No es raro observar la contraproducente facilidad que se indica y se les prescribe el metilfenidato a los niños "supuestamente" hiperactivos con consecuencias negativas bastante relevantes.

Somos de la opinión de que cualquier niño que consulta por "hiperactividad" debe ser evaluado en profundidad y de forma integral. Es decir, médica, psicológica y socio-escolarmente. Sólo esta información nos sitúa en condiciones de poder tratar convenientemente el problema.

### **¿Desde cuándo?**

El niño hiperactivo lo es desde siempre. Si la respuesta no va en este sentido hay que plantearse un diagnóstico diferencial con otros problemas psicológicos y/o pediátricos que pueden dar lugar a una hiperactividad. Por ello es importante observar y recoger si los padres ponen en relación este comportamiento con algún acontecimiento vital reciente o con alguna enfermedad pediátrica

### **La depresión infantil**

.Contrariamente a lo que sucede en el adulto, en donde predomina la inhibición psicomotora, en el niño puede presentarse con frecuencia una gran inquietud que los padres y los clínicos no experimentados, pueden confundir con un síndrome hiperactivo. Conjuntamente con la inquietud, existen alteraciones del sueño (insomnio, despertares frecuentes, pesadillas y, en niños vulnerables, terrores nocturnos y somnolencia. Igualmente, puede reaparecer una pérdida del control esfinteriano y alteración de la conducta alimentaria (hiperfagias o anorexia). El humor no necesariamente es triste de forma continua, sino que pueden existir periodos de normalidad. Otro aspecto importante, son los "problemas de conducta", es decir, problemas de negativismo, oposición y enfrentamientos con los compañeros.

El aspecto definitorio es que la inquietud no ha existido siempre, sino relacionada con la aparición del trastorno afectivo y, como sucede en la ansiedad, está relacionada con situaciones de aburrimiento. El tratamiento irá encaminado a superar la depresión y los psicoestimulantes, indicados en la hiperactividad, aquí están contraindicados.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

### **Trastornos de ansiedad.**

En adulto la ansiedad se expresa en dos áreas bien delimitadas: en la esfera cognitiva y en la psicofuncional. En el niño predomina la expresión conductual y la psicofuncional. En éste último aspecto, es de todos conocido, la gran variedad de quejas psicósomáticas que presenta el niño ansioso; dolores de cabeza, dolores de barriga, molestias generalizadas e inespecíficas, sobretodo, relacionadas con situaciones que incrementa la ansiedad (escuela, comidas y a la hora de ir a dormir). Pero el aspecto más importante, en nuestro caso, es que el niño con problemas de ansiedad es un niño inquieto, bullicioso. Esta inquietud suele aparecer en situaciones de aburrimiento conjuntamente con quejas psicósomáticas. Tal como sucedía en la depresión infantil, la hiperactividad no viene acompañada ni de impulsividad ni de problemas atencionales.

Igualmente, suele ser contextual, es decir, no suele ser continua y variar de forma significativa de unos días a otros. En estos casos, aún más que en el caso de la depresión, suelen estar contraindicados los psicoestimulantes

### **Trastornos adaptativos.**

Se denominan trastornos adaptativos a la expresión psicopatológica que aparece tras un acontecimiento vital importante para el niño (nacimiento de un hermano, separaciones y pérdidas en general, la incorporación o inicio de la escolaridad etc.). La inquietud, así como los demás síntomas suelen estar íntimamente relacionados con el acontecimiento y tampoco se expresan los problemas atencionales ni la impulsividad típica del TDAH; esta inquietud adaptativa es pasajera.

## **LA HIPERACTIVIDAD**

### **Apego e hiperactividad.**

Los niños, desde el nacimiento hasta los dos años, aproximadamente, van estableciendo un tipo de vínculo con la figura representativa, emocionalmente, para él. Éste vínculo dependerá tanto de las características temperamentales y psicológicas del niño como de la madre (o la persona representativa). El apego sigue una secuencia en su desarrollo que, según BOWLBY, sería la siguiente:

- **Etapa de preapego** (del nacimiento hasta las seis semanas aproximadamente).
- **Etapa de formación del apego** (de las seis semanas hasta los seis u ocho meses).
- **Etapa de apego, propiamente dicha** (de los seis a los ocho meses hasta los 18 a 24 meses).
- **Etapa de establecimiento de las relaciones recíprocas** (desde los dos años en adelante el niño es capaz de anticiparse al hecho de que las separaciones no son definitivas, decreciendo por tanto la inseguridad y la ansiedad).

Sin embargo, no siempre esta secuencia consigue ser armónica, dándose situaciones que pueden alterarla. En este sentido, se ha hablado de (AINSWORTH): **apego seguro, apego evitante, apego resistente y apego desorganizado – desorientado.**

Los niños con apego resistente como los que presentan un apego desorganizado-desorientado, son sumamente sensibles a las separaciones y a situaciones de la vida



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

cotidiana que les produce inseguridad. En estas circunstancias reaccionan con problemas conductuales inapropiados, entre ellos la hiperactividad, oposicionismo y ansiedad de separación. En estos casos, la hiperactividad está muy relacionada con las situaciones descritas, presentando una conducta adaptada en situaciones de seguridad.

### **Trastornos Generalizados del Desarrollo.**

La hiperactividad es muy frecuente en los TGD. En los casos de TDAH graves, y sobretodo cuando está asociado a problemas en el desarrollo del lenguaje, es imperativo plantearse el diagnóstico diferencial entre ambas entidades clínicas. No es infrecuente que niños con TDAH consulten desde pediatría con la sospecha de un TGD. En el TDAH cuando el problema atencional es muy importante, puede dar lugar a problemas de interacción con el ambiente, aunque no es un trastorno de la comunicación tal como sucede en el autismo y otros TGD. El niño hiperactivo reacciona convenientemente cuando se interactúa con él y el lenguaje, aunque exista un déficit significativo, es utilizado como instrumento de comunicación

De otro lado, no existen estereotipos motores ni verbales como el los TGD. Existe una situación especial en donde es posible diferenciar el diagnóstico cuando se prescribe el tratamiento con estimulantes: nos referimos a la comorbilidad entre Disfasia del Desarrollo y TDAH. En nuestra experiencia clínica es una situación en donde mayores dificultades tenemos para realizar un diagnóstico diferencial que nos de información útil para la intervención terapéutica. Especialmente cuando el componente de la comprensión está alterado de forma relevante. Los déficits en la comprensión dan lugar a una afectación muy importante en la interacción y comunicación que, a veces asemeja al autismo. De hecho, hay autores que discriminan entre la agnosia auditiva y el autismo y otros que opinan que se trata del mismo problema, es decir, un autismo. En esta situación, no tan infrecuente, al menos en nuestro servicio, sólo la prescripción de un psicoestimulante nos dará la información de dónde estamos. Sin embargo, la prescripción de psicoestimulantes no está exenta de riesgo. La posibilidad de desencadenar una psicosis infantil es mayor que en niños hiperactivos. Tanto este secundarismo como la no eficacia terapéutica descartarían el diagnóstico de TDAH. La pregunta es ¿Merece la pena el ensayo? A esta pregunta, hay que responder teniendo en cuenta que el tratamiento logopédico de la disfasia resulta imposible sin reducir la hiperactividad y que ésta tiene repercusiones negativas en todas las áreas de aprendizaje del niño. Por tanto, debemos valorar, conjuntamente con los padres, los beneficios esperados del tratamiento y los riesgos que supone.

### **OTROS PROBLEMAS MÉDICOS QUE PUEDEN PRESENTAR HIPERACTIVIDAD**

.Ante cualquier niño que consulta por hiperactividad tiene sentido realizar una exploración lo más completa posible con objeto de descartar una serie de enfermedades que cursan con problemas de conducta y/o hiperactividad, así como con otros síntomas psicopatológicos. Algunas de estas enfermedades son fáciles de sospechar, cuando, lo habitual, no vienen ya diagnosticadas. Otras, por el contrario, se ponen en evidencia durante la primera consulta.

### **Epilepsia.**

La mayoría de los niños con epilepsia presentan un repertorio conductual y afectivo normales. Otros, por el contrario, presentan hiperactividad e impulsividad. Las características de la hiperactividad del niño con epilepsia suele presentar diferentes intensidades, fluctuando los episodios de hiperactividad con otros de inercia y lentitud. Hay autores que ponen esta hiperactividad en relación con la sobreprotección del entorno y como una llamada de atención por parte del niño. La impulsividad suele ir acompañada de elementos, más o menos importantes, de agresividad. Se manifiesta en forma de crisis de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



X Congreso Nacional y II Congreso Internacional "REPENSAR LA NIÑEZ EN EL SIGLO XXI"  
• MENDOZA - 2008 •

---

cólera que no guardan relación con los motivos que las desencadenan. Estas crisis presentan una intensidad variable. En las formas más intensas pueden darse alteraciones cuantitativas de conciencia. Algunos no recuerda la situación de crisis. De hecho, aunque hoy no se admite, algunos autores llegaron a interpretar estos episodios de verdaderas crisis epilépticas. El EEG en semiprivación de sueño nos aclarará si existe alguna justificación neurofisiológica. La duda aparece en aquellos niños con este tipo de conductas, sin epilepsia y con alteraciones en el EEG.

### **Sufrimiento perinatal e hiperactividad**

Es muy frecuente que niños con antecedentes de sufrimiento perinatal a los que no se les ha prestado atención debido a la ausencia de secuelas neurológicas mayores, presenten hiperactividad y otras anomalías conductuales. Es muy frecuente encontrar a niños hiperexcitables, con reacciones de agresividad auto y hetero- dirigida, ante situaciones de mínima frustración. Son difíciles de consolar, suelen presentar problemas con el sueño (despertarse llorando por la noche y difíciles de dormir). Presentan, igualmente, hiperactividad y problemas atencionales. Muchos de ellos son diagnosticados de TDAH ya que, clínicamente, no difieren de los niños con este diagnóstico y sin antecedentes de este tipo. Se trata de niños con normalidad en los exámenes complementarios (RNM, EEG etc...). Suelen presentar un mayor número de signos neurológicos menores y de trastornos específicos del desarrollo psicológico. EN DEFINITIVA, SE ACERCAN AL CONCEPTO DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.

La duda es si estamos hablando del TDAH o de otro síndrome. En estos casos, el tratamiento no difiere del TDAH. Es importante tener en cuenta que existen una serie de enfermedades con síntomas de hiperactividad y que nunca debemos dar por descartadas, cuando un niño consulta por TDAH.

### **EN RESUMEN:**

**Si he conseguido hacer ver que en el diagnóstico de hiperactividad hay un niño, un ser humano, sensible a una gran variedad de circunstancias y que lo importante es ayudarlo.**