

# Déficit de atención e hiperactividad

Carmen Barlés  
Psicóloga

## RESUMEN:

El colectivo de niños-adolescentes con el Déficit de Atención e Hiperactividad sigue siendo todavía "algo" olvidado por parte de la administración. Se conoce poco fuera del ambiente médico-psiquiátrico-psicológico, lo que hace que profesores y tutores no siempre puedan prestar la ayuda necesaria, pudiendo ser diagnosticados erróneamente.

**Palabras clave:** Técnicas cognitivo-conductuales, hiperactividad, autoinstrucciones, deficiencias atencionales.

## Deficit of attention and hyperactivity

### ABSTRACT:

*The community of boy-adolescents with the Deficit of Attention and Hyperactivity continues being still something forgotten on the part of the administration. It is known little outside of the doctor-psychiatric-psychological atmosphere, that makes that professors and tutors cannot always lend the necessary help, being able to be diagnosed erroneously.*

**Key words:** Cognitive-behavioural, hyperactivity, selfinstructions, attentions deficiencies.

**E**l déficit de atención e hiperactividad (D.D.A.) es una alteración de frecuente aparición en niños, que se caracteriza por dificultades de atención y concentración incluyendo excesiva actividad (hiperactividad y/o impulsividad D.D.A.-H.) (Sociedad Americana de Psiquiatría, 1995).

A veces el término puede implicar confusión. No es hiperactivo el niño que "nunca está quieto", habría que distinguir el niño inquieto, nervioso, "trasto", de la problemática médica que encierra el D.D.A.-H.

El niño con D.D.A.-H. molesta en clase, en casa, con los amigos, tiene dificultad de atención y concentración, dificultades para terminar cualquier actividad, parece no atender a ninguna razón, a menudo responde a un castigo aumentando la falta cometida, ni siquiera es capaz de prestar una atención continuada a un juego, parece no oír recomendaciones, ruegos, regaños. Podemos ver cómo el niño corre sin necesidad, se mueve constantemente, sus movimientos son incesantes y diferentes, a veces da la sensación de estar "desarticulado".

Actualmente está comprobado que esta hiperactividad es un trastorno orgánico. La neuroimagen mediante tomografía por emisión de positrones (PET)

demuestra que los niños hiperactivos tienen trastornos visibles en las conexiones del lóbulo frontal con el resto del cerebro.

Desafortunadamente no siempre el diagnóstico es el adecuado —muchas veces incluso los padres consideran que su hijo es "así"—.

La falta del tratamiento adecuado va a desembocar a que estos niños padezcan más depresiones, más probabilidad de drogadicciones, trastornos antisociales de la personalidad y conductas delictivas (J. Román y Bes, 1996).

La impulsividad según la Asociación para el Tratamiento y el Estudio del Déficit de Atención (A.T.E.D.A.) puede ser también una característica del déficit de atención. El niño actúa sin pensar, precipitadamente, no entiende de riesgos y parece no tener miedo o tener poco conocimiento; sube a un árbol sin saber si podrá bajar, cambia de actividad tan rápidamente que sus compañeros no le pueden seguir. Es incapaz de esperar su turno para jugar, comer, clases, etc. (No olvidemos lo que esto supone en su entorno).

Casi siempre con la llegada de la pubertad hay un retroceso de los síntomas, únicamente si los síntomas son importantes tendrán importancia en su vida social, escolar, familiar. Esta última puede ver-

se afectada seriamente dependiendo del número de hermanos, medio geográfico (viven mejor en el aire libre), edad de los padres, situación cultural. Esta última está demostrado que ayuda a buscar "soluciones profesionales". Es necesario la consulta coordinada de médico, psicólogo y pedagogo para ayudar al niño a superar posibles consecuencias negativas.

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Siendo el D.D.A.-H. un trastorno orgánico requeriría de técnicas cognitivo-conductuales para su mejor tratamiento. Entre ellas debemos destacar las auto-instrucciones, la auto-observación y las auto-evaluaciones reforzadas.

En el **entrenamiento auto-instruccional** las actividades psicomotoras suelen realizarse en la primera fase del programa para enseñar al niño la secuencia de las auto-instrucciones para ir a actividades más complejas de resolución de problemas. Ejemplo: El niño está ante una figura que debe dibujar, el psicoterapeuta irá hablándole secuencialmente. Ya tenemos la figura, ahora vamos a empezar, primero por..., segundo, tercero, despacio, muy despacio, hay que observar todos los detalles con cuidado pero sin olvidar nada, ¿lo estoy haciendo bien?, una cosa detrás de otra.

La técnica de auto-instrucciones junto con el entrenamiento en solución de problemas es la base de varios programas sistemáticos. Entre estos programas han demostrado una alta efectividad el "párate y

*"El niño actúa sin pensar, precipitadamente, no entiende de riesgos y parece no tener miedo o tener poco conocimiento"*

piensa" de Kendall y "pensar en voz alta" de Camp y Basch.

La **técnica de auto-observación**, como todas las técnicas cognitivo-conductuales indica la necesidad de la participación activa del niño durante el tratamiento. El seguimiento sobre su eficacia en estudiantes con deficiencias atencionales ha sido dirigido por el equipo de Hallabam del Instituto para las Dificultades de aprendizaje de la Universidad de Virginia. La técnica puede usarse tanto individual como colectivamente.

La técnica de la auto-observación consta de cinco fases:

1. Definición de los componentes de la conducta de atención y sus características, es decir, el significado de estar o no centrado en el trabajo.
2. Enseñar al sujeto los procedimientos de registro.
3. Modelado del procedimiento a seguir utilizando un magnetofón.
4. El sujeto debe explicar verbalmente todo el proceso de auto-observación.
5. Finalmente debe ejecutar todo el proceso completo de auto-observación.

Se ha comprobado que con este procedimiento se produce un incremento en la atención y en la productividad en estudiantes con deficiencias atencionales. No obstante, en la auto-observación los resultados con más éxito se obtienen en los trabajos para los que ya se disponen de habilidades que exigen su ejecución, mientras que seguramente no es útil



cuando se tienen deficiencias en habilidades básicas. Tampoco es adecuada en niños lingüísticamente atrasados. El niño debe saber que su actuación es la principal durante todo el proceso.

La técnica de la **auto-evaluación reforzada** ha demostrado ser particularmente efectiva para la mejora de atención en el trabajo, su ejecución y la integración con sus compañeros. El sujeto debe recordar los aspectos positivos y negativos de su conducta puntuando y viendo por qué ha sacado dichas puntuaciones. Si coinciden con las de su terapeuta debe recibir el refuerzo acordado previamente (Miranda, 1996).

La hiperactividad suele acarrear problemas serios a la persona que la padece, la falta de atención, la excesiva actividad, los problemas y dificultades en el aprendizaje y el rendimiento intelectual, la impulsividad, los trastornos de la conducta, la ansiedad, la agresividad y la falta de autocontrol, las relaciones sociales deficientes suelen acompañar a los niños hiperactivos (Taylor, 1991).

El énfasis puesto en los determinantes biológicos de la hiperactividad, favorecido por el hecho de que el problema ha sido abordado con mucha frecuencia desde la Medicina y la Psiquiatría, ha conducido a que el tratamiento médico-farmacológico haya sido el vín-



culo habitual y muchas veces exclusivo de tratamiento en épocas recientes (Maag, 1999).

Hoy se tiende a un mayor equilibrio en el enfoque del problema y se contemplan también como factores determinantes los ambientales desde una perspectiva más sociológica (Taylor, 1991). Esta perspectiva sitúa claramente el problema en el ámbito educativo y justifica también el tratamiento psicopedagógico de la hiperactividad.

15

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Fernández, Fco. *Fundamentos de la Psiquiatría actual*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1977.
2. Du Paul, G.J. *Medication Therapy. From attention deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. The Guildford Press. Nueva York, 1990.
3. Maag, J.W. y Reid, R. *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. A functional Approach to Assessment and Treatment, Behavioral Disorders*. Virginia, 1994.
4. Miranda, A. *Tratamiento psicológico. Jornadas de déficit de atención e hiperactividad*. Barcelona, 1996.
5. Sociedad Americana de Psiquiatría DSM.V. *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 1995.
6. Taylor, E.A. *El niño hiperactivo*. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1991.
7. Verdugo Alonso, M.A. *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Siglo XXI de España Editores. Madrid, 1995.