

Niños hiperactivos y adultos con conductas sedentarios, otra perspectiva del movimiento infantil

Leonardo Acuña*

Actividad física, se define como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resulta en un gasto de energía” (Peña-Quimbaya *et al.*, 2010); de lo anterior, se desprende que el movimiento es la base de la actividad física ya que, sin este, no hay consumo de energía, esfuerzo físico ni acondicionamiento.

A su vez la actividad física incluye las variantes más conocidas como son, el ejercicio físico y el deporte. En la misma línea, pero de una forma no tan popular, se encuentra la *actividad física para la salud*, la cual hace relación al movimiento musculoesquelético mínimo necesario para mantener o mejorar capacidades que harán que el ser humano disminuya el riesgo de enfermar de problemas que comprometen desde el sistema cardiovascular como la hipertensión arterial o el infarto agudo de miocardio, hasta afecciones del sistema locomotor como la fragilidad que aumenta el riesgo de caída y de fractura (Peña-Quimbaya *et al.*, 2010; Salas *et al.*, 2016).

Al identificar que la *actividad física es una* necesidad, los profesionales de la salud enfocan sus esfuerzos para que el adulto alcance los niveles de movimiento adecuados para considerarlos saludables y conceder a quien la realiza no sólo bienestar físico sino emocional; sin embargo, cada que el médico prescribe la actividad física aparece con mucha fuerza su principal enemigo que es el sedentarismo o la conducta sedentaria (Salas *et al.*, 2016).

Una conducta se define como “la manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general, que puede ser aprendida o inducida”, en este caso la conducta sedentaria representa una actitud negativa en términos de salud

* MsC en Actividad Física Infantil. Especialista en Alimentación y Nutrición. Médico y Cirujano. Puericultor. Profesor Universidad de Caldas, Colombia. Correo electrónico: leonardo.acuna@ucaldas.edu.co

para las personas que así la ejercen (Bleger, 1973). Ante esta circunstancia y entendiendo que muchas de las conductas son aprendidas en la infancia, aparece la contradicción de que el niño que se mueve mucho es “hiperactivo”.

En un mundo que se ha acostumbrado a la calma, al reposo y a la ley del menor esfuerzo, el movimiento resulta conflictivo, opuesto, burdo y por qué no decirlo, negativo. Y de allí surge la pregunta del siguiente ensayo, ¿realmente hay *niños hiperactivos* o lo que hay son adultos cansados de ser constantemente forzados a salir de su punto de comodidad? ¿Lo normal es que el niño se mueva o que sea un ente tranquilo y que no quebrante la paz de los ambientes a los que llega?

Sin embargo, con una mirada desde la puericultura y el respeto por la diversidad, y sin negar los beneficios de la actividad física para el mantenimiento de la salud en los niños, a este investigador le preocupa el incremento en el diagnóstico de casos de Trastorno de Atención Deficitaria con Hiperactividad (TADH) que se ha presentado con el paso de los años y parece ser que socialmente se dejó de ver al niño como “niño” y se comenzó a ver como un problema (García & Domínguez, 2012).

Se enfrenta entonces la sociedad a una dicotomía, por un lado, el niño con conductas sedentarias que son probablemente infundidas en los modelos escolares, familiares y sociales y que van cambiando el entorno de los niños, sometiéndolos a la tecnología por medio de las actividades al frente de las pantallas y dentro del hogar en ambientes “seguros” y por otra parte el niño que desea moverse constantemente.

No se puede partir de la base de que el niño que se mueve es hiperactivo, porque el movimiento es inherente al funcionamiento, es natural y es necesario; es importante que las personas que trabajan con niños, logren identificar la semiótica del cuerpo y del movimiento en cada uno de los niños con los que tiene contacto, porque esta, es una de las formas más importantes de comunicación que tiene el niño; (...”El factor común de estos estudios es considerar que el cuerpo es la condición radical de la significación... pasa a ser aquello que permite y define radicalmente el modo como habitamos el mundo y generamos sentido”....) (Contreras, 2012).

Según la encuesta Ensin 2015 el exceso de peso pasó de 4.9 % en 2010 a 6.3 % en 2015 en niños de 0 a 4 años; en niños de 5 a 12 años, de 18.8 % a 24.4 % en 2010 y uno de cada cinco adolescentes (17.9 %) presentaba exceso de peso en 2015 (Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Salud; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Universidad Nacional de Colombia, 2015); dicha estadística es desalentadora teniendo en cuenta que estas situaciones están completamente

asociadas a las enfermedades cardíacas, metabólicas, locomotrices, entre otras (Salas *et al.*, 2016).

Está demostrado que las estrategias efectivas para enfrentar la obesidad y el sobrepeso en la población en general son la actividad física y la modificación de las conductas alimentarias (Navarrete *et al.*, 2015), sin embargo al momento de trabajar la actividad física infantil, surge el inconveniente de la baja tolerancia para con el niño que se mueve, ya que no está bien visto que el niño sea activo ni en la casa, ni en la escuela, ni en la calle, sólo es admisible el movimiento en el niño, en situaciones y momentos específicos y por periodos de tiempo dictados por los adultos.

Entonces es necesario tener en cuenta que la “cantidad y calidad del movimiento” del niño se podría estar entrando a definir en parámetros como “la paciencia del adulto con respecto al movimiento del niño”. Deben entonces los padres, personal de salud, licenciados en educación física, docentes, aprender a leer lo que el niño está tratando de decir a través de su movimiento. La preocupación debe estar entonces en el niño quieto, ese si debe ser motivo de análisis, porque niño que no se mueva le pasa algo...

Para entender esto, hay que conocer instrumentos como la escala abreviada del desarrollo en donde el ítem más destacado a valorar y que con mayor facilidad recuerdan los padres corresponde a la motricidad gruesa. En ella es fácil que los padres rememoren que el niño entre 0 y 3 meses sostiene la cabeza en prono (la eleva cuando es colocado boca abajo) o que entre los 2.5 y 4 meses el niño comienza a voltearse solo, con el consecuente riesgo de caerse de la cama y se podrían mencionar las destrezas motrices de cada mes hasta cuando hacia entre los 11 y 14 meses comienza la marcha, un momento en el cual el niño experimenta la libertad del desplazamiento por sí mismo y rechaza ser cargado porque ya nunca más quiere ser llevado en brazos... (PUJ Facultad Medicina, 2017).

Todos los indicadores de desarrollo neurológico y locomotor, se basan en el movimiento, ¿no es evidente que esta capacidad ocupa un lugar fundamental para valorar al niño en su dimensión de salud general? ¿No dicen los estudios que los trastornos de malnutrición por exceso, asociados a conductas sedentarias en los niños, favorecen la aparición de obesidad y que el niño obeso tiene hasta un 70 % de posibilidades de seguir siéndolo de adulto? (de Bont *et al.*, 2022). Entonces, ¿cuándo aparece el concepto del movimiento del niño como algo nocivo y se le da el nombre de hiperactividad? ¿Se ha abusado del diagnóstico de Síndrome de hiperactividad con déficit de atención? Para llegar a esta respuesta hay que explorar varios aspectos.

Desde la Puericultura que significa “cultivo del niño o los cuidados de la salud del niño”, Posada y cols. explican en el libro “El Pediatra Eficiente”, en la parte de la “actoría” que cuando no se humaniza el proceso de crianza, se está encargando exclusivamente a los cuidadores adultos el moldear a los niños, esto es, convertirlos en algo exclusivamente desde la mirada del adulto, descuidando que los niños son partícipes activos de su proceso teniendo como modelo los cuidadores adultos, reconociendo entonces que el niño es sujeto de derecho; el niño “no es un adulto pequeño” y por tal motivo sus necesidades, incluidas las del movimiento, son diferentes (Gómez *et al.*, 2013).

El 52 % de embarazos no son planeados en Colombia, pero la sorpresa de la crianza no cambia mucho entre quienes sí buscaban el hijo y quienes no, ya que ambos grupos se encuentran con que la crianza no es fácil y que requiere esfuerzo y sacrificio (Ortiz *et al.*, 2003). Con el nacimiento de cada nuevo hijo, los adultos, más tranquilos, más quietos, más facilistas, menos consumidores de energía y menos sorprendidos ante la vida cotidiana, deberán adaptarse a las manifestaciones propias del niño que en cada etapa de su desarrollo reacciona con movimientos a los estímulos que le ofrece la vida diaria.

En pediatría se habla del “niño inquieto” diagnóstico que propone que se tengan en cuenta las posibles enfermedades asociadas a esta situación y de esta forma evitar que se estigmatice y se señale al menor inquieto. Ellos proponen, que es importante identificar posibles alteraciones sensoriales, variaciones del desarrollo intelectual, trastornos del aprendizaje, alergias respiratorias, hipotonía e incoordinación motriz, epilepsia, enfermedades crónicas, desnutrición, malestar de origen ambiental y dejar para lo último, el famoso Tadh (Vásquez, 2013).

También, la Academia Americana De Pediatría, hace las siguientes recomendaciones de actividad física por edades; para preescolares juegos libres, con énfasis en la diversión; deben ser juegos no organizados, con pocas variables e instrucciones limitadas, como correr, nadar, hacer volteretas, etc. También están en condiciones de comenzar a hacer caminatas cortas con otros miembros de la familia. De 6 a 9 años, mejoran sus habilidades motoras y el equilibrio, y pueden iniciar deportes organizados como el fútbol, pero con reglas flexibles, con mayor foco en la entretención que en la competencia (Ximena & Francisco, 2012).

Ya para los niños mayores señalan que de 10 a 12 años, son capaces de procesar bien las instrucciones verbales e integrar información, por lo que la realización de deportes más complejos (basquetbol, rugby, etc.) es más viable. Se puede iniciar entrenamiento con pesas, pero con supervisión y usando pesos pequeños con 15 a 20 repeticiones. Finalmente, los adolescentes pueden realizar todo tipo de deportes y

pueden continuar el entrenamiento con pesas, y una vez que alcanza la madurez física (Tanner 5), pueden utilizarse mayores pesos, usando la técnica adecuada (Ximena & Francisco, 2012).

Con base en las recomendaciones de actividad física en niños, corresponde a los adultos preguntarse si, ¿verdaderamente se están garantizando las necesidades de movimiento de los niños? y si al no permitirse que el niño pueda realizar actividad física por los diferentes problemas sociales, logísticos, urbanos, de seguridad y de facilidad, ¿se está violentando al niño a la quietud y el resultado es su expresión cotidiana por medio del movimiento en lugares y momentos no “apropiados”?

Para clasificar a un niño como hiperactivo desde la perspectiva del movimiento y sin mencionar las tablas para deficiencia de la atención, se utilizan herramientas como la escala de Werry y Weiss, en la cual, por medio de preguntas puntuales se determina si el niño cumple o no con los criterios (Alberca *et al.*, 2014). Aquí surgen nuevos cuestionamientos, como ¿si cada profesional del área de la salud aplica juiciosamente las ayudas de clasificación? O ¿si la dinámica de la consulta cotidiana, los afanes y el sistema de salud hacen que se tome a la ligera un diagnóstico que se opone a la necesidad de movimiento de los niños?

Teniendo en cuenta la discusión propuesta en el presente ensayo y con respecto a los niños “inquietos”, ¿por qué no pensar sencillamente que se trata de niños sanos que tienen diferentes formas y necesidades de movimiento y que cada una de ellas es además una manera de expresión? ¿Alguien se ha detenido a pensar que en lugar de medicar a estos niños, se les debe hacer terapia física orientada por un licenciado en educación física, recreación y deporte?

Así las cosas, este pensador no cree que se está desarrollando una conspiración compleja en contra de los niños que se comunican por medio del movimiento, pero sí, que definitivamente falta más preparación por parte de todos los actores que tienen contacto con los niños para entenderlos, acompañarlos, motivarlos, estimularlos, orientarlos y por, sobre todo, permitirles ser ellos mismos. Es urgente que el personal que trabaja con niños se detenga por un instante a indagar sobre la realidad individual, familiar, antropológica y social del niño para que pueda construir estrategias dirigidas de movimiento en donde se logren los siguientes propósitos:

1. Que se cumplan las metas de actividad física por edades, que dicha actividad sea suficiente para ser saludable y para apaciguar las energías de los niños muy vigorosos.

2. Que se trace un objetivo claro en las actividades a realizar y de esta forma lograr canalizar la energía en una producción con lo cual se verá también que el niño no es solo una carga, sino un artista, un deportista o alguien único y diferente.
3. Si las condiciones sociales por el sector en el que vive un niño no permiten que el niño se mueva al aire libre, nos corresponde entonces hacer las modificaciones en el hogar y en el colegio que sean necesarias para garantizar que el niño cumpla con sus requerimientos diarios de actividad física para la salud.

Resulta tan malo que el profesional prescriba medicamentos apaciguantes, como que prescriba actividad física, sin haberse detenido a preguntar la realidad personal, familiar, académica, social y escolar del niño que se va a intervenir. Desconocer estas variables, así como la seguridad de los entornos en los que se involucra el niño, el tiempo en la escuela, disposición de los padres, la disposición docente, impedirá que se desarrollen estrategias adecuadas para el niño que se está evaluando y además interviniendo.

Bibliografía

- Alberca, T., Carlé, E., & Díaz, G. (2014). *TDAH: Diagnóstico, prácticas y estrategias de tratamiento en la ciudad de Tres Arroyos*.
<http://m.rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/48>
- Bleger, J. (1973). *Psicología de la conducta*. Paidós.
- Contreras, M. J. (2012). Introducción a la semiótica del cuerpo: presencia, enunciación encarnada y memoria. *Càtedra de Artes, 12*, 13-29.
- de Bont, J., Bennett, M., León-Muñoz, L. M., & Duarte-Salles, T. (2022). Prevalencia e incidencia de sobrepeso y obesidad en 2.5 millones de niños y adolescentes en España. *Revista Española de Cardiología, 75*(4), 300-307.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.030>
- García, J., & Domínguez, J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evidencias en Pediatría, 8*(51), 1-5.
- Gómez, J., Posada A., Ramírez, H. (2013). *Puericultura en las diversas edades pediátricas*. El Pediatra Eficiente.
- Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, & Universidad Nacional de Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de*

- Situación Nutricional de Colombia (Ensin)*. <https://doi.org/9789586231121>
- Navarrete, J. A. M., Villamil, S. S. G., Bautista, J. E. C., Meneses-Echávez, J. F., González-Jiménez, E., & Schmidt-Riovalle, J. (2015). Efectividad de las intervenciones educativas realizadas en América Latina para la prevención del sobrepeso y obesidad infantil en niños escolares de 6 a 17 años: una revisión sistemática. *Nutricion Hospitalaria*, 31(1), 102-114. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.1.8146>
- Ortiz, C., Viáfara, G., Caba, F., Molina, T., & Gómez, M. (2003). Prevalencia de embarazo no deseado y modo de resolución en estudiantes universitarios, adolescentes y adultos jóvenes en Cali, Colombia, en relación a la percepción de la calidad de educación sexual recibida. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2003/X1prevalencia.pdf>
- Peña-Quimbaya, E., Garzón-Tobar, D. F., & Mayolo-Valencia, A. A. (2010). Actividad física y síntomas en la aclimatación en turistas que visitan el Nevado del Ruiz, Colombia. *Hacia Promoción de la Salud*, 15(2), 64-80. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S0121-75772010000200005&%5Cnlng=en&%5Cnrm=iso&%5Cntlng=es
- PUJ Facultad Medicina. (2017). *Escala Abreviada*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf>
- Salas, C., Cristi-Montero, C., Fan, Y., Durán, E., Labraña, A. M., Martínez, M. A., Leiva, A. M., Alvarez, C., Aguilar-Farías, N., Ramírez-Campillo, R., Martínez, X. D., Sanzana-Inzunza, R., & Celis-Morales, C. (2016). Ser físicamente activo modifica los efectos nocivos del sedentarismo sobre marcadores de obesidad y cardiometabólicos en adultos. *Revista Médica de Chile*, 144(11), 1400-1409. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872016001100005>
- Vásquez, R. (2013). *El niño Inquieto*. El Pediatra Eficiente.
- Ximena, R. T., & Francisco, V. M. (2012). Physical activity in the prevention and treatment of childhood obesity. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(3), 218-225. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70304-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70304-8)