

Desórdenes con déficit de la atención. El niño hiperquinético*

Definición

Trastorno caracterizado por hiperactividad, inquietud, distractibilidad y poca atención, especialmente en niños pequeños con inteligencia normal; mejorando su comportamiento durante la adolescencia.

Sinonimia

Daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, reacción hiperquinética, hiperactividad, trastornos del aprendizaje, defectos perceptuales y dislexia.

Antecedentes históricos

A principios de 1980, fueron reconocidos los síntomas de "déficit de atención", incrementándose la literatura médica con una entidad llamada "*encefalitis letárgica*", que fue descrita como una secuela de la encefalitis infecciosa. George Stell describió una condición psíquica anormal, similar con la sintomatología del déficit de atención.

Posterior a la primera guerra mundial, había un gran interés por comprender las lesiones cerebrales en los niños; dando lugar al concepto de daño cerebral mínimo. En las décadas de los cincuentas y sesentas, la hiperactividad estuvo en boga. En 1980, el "desorden del déficit de atención" fue descrito por DSM-III (Manual del Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría).

Esta última denominación tiene ciertas ventajas sobre los términos anteriores; ya que, por una parte permite aplicar criterios

específicos concernientes a la inatención, impulsividad, e hiperactividad, el tiempo de los mismos y su etiología; y por otra parte, nos ayudará a la subdivisión de los problemas de atención presentados por el niño. Dentro de estos problemas de atención, es conveniente separarlos en dos grupos; uno caracterizado por impulsividad y otro por distractibilidad, dependiendo de esta subdivisión, el manejo y tratamiento del niño.¹⁰

Epidemiología

En México la prevalencia es de 9:1 con respecto al sexo masculino. La estimación de frecuencia varía del 4 por ciento en escuelas suburbanas y en el 10 por ciento en niños del segundo año. De acuerdo a informes de maestros, en una delegación del D. F., hasta el 50 por ciento de los niños muestran sintomatología que configura este síndrome.

La corriente de incidencia (casos nuevos), en EE.UU. es del 6 al 10 por ciento de incidencia familiar de hermanos de niños con este problema.

Se han reportado epidemias del síndrome del desorden en el déficit de atención, a raíz de infecciones encefalíticas.

Sabemos que ningún grupo racial o étnico es inmune a este trastorno. No habiéndose descubierto mayor labilidad, atribuible a factores genéticos.

Etiopatogenia

Ninguna anormalidad histológica se ha aceptado como causa específica. Se han emitido diferentes hipótesis; mencionaremos brevemente algunas:

— Existencia de un factor subletal genéticamente transmitido.

* Elaborado por los médicos residentes del 2º año de la especialidad de Medicina General Familiar, I.S.S.S.T.E.: Dr. Gerardo A. Brambila Bolaños, Dra. Catalina Monroy C., Dra. Blanca L. Valadés R., Dr. Arturo Orejas Herrera, Dr. Gabriel Santos S.

— Como causas más frecuentes: *a)* Prenatales: rubeola, toxoplasmosis, anoxia in utero, hemorragia cerebral, diabetes mellitus; *b)* Perinatales: anoxia neonatorum, kernicterus, distocias capaces de producir sufrimiento fetal; *c)* Posnatales: tosferina, sarampión, escarlatina, neumonías, encefalitis y meningitis; traumatismo craneoencefálico, secuelas al factor Rh, neoplasias cerebrales y anoxias accidentales.

Se ha visto la existencia de susceptibilidad hacia diversos agentes como monóxido de carbono, alcohol, metales pesados; como causantes de la génesis de este síndrome.¹

Espectro clínico

Son un grupo heterogéneo, los niños con déficit de atención, en cuanto a las manifestaciones clínicas. Mencionaremos las características más comunes a este síndrome:

— Hiperactividad o hiperquinesia, es el más aparente de los trastornos de conducta, reconociéndose como un estado de movilidad casi permanente. Es más notorio en la edad escolar.

Los maestros de enseñanza primaria lo detectan en primer lugar, ya que interfiere con la marcha del grupo, dentro del salón de clase. Ciertos autores señalan que la hiperactividad ocurre, también en los niveles sensoriales, lo cual obliga al niño a estar constantemente hiperestimulado; tanto del exterior, como desde su medio interno, refiriéndose con esto al hambre, dolor, sed; exigiéndoles una satisfacción inmediata, so pena de alterar seriamente la conducta, si la gratificación no ocurre. Los estímulos externos ofrecen al niño, una gran dificultad para establecer la discriminación adecuada, provocando que tengan el mismo valor. La hiperquinesia presenta una característica que es en parte la respuesta al ambiente, manifestándose permanentemente en todo lugar, al existir situaciones que la puedan exagerar y otras que ejercen una influencia benéfica. La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia, mostrando incapacidad para mantener el fo-

co de atención durante el discurso, recordando con esto los estados maniacos en el adulto, al presentarse “fuga de ideas”.

Se describen también, alteraciones en el sueño como: dificultad en la iniciación, despertamiento después de unas horas, o bien, actividad durante el mismo.

Existen dos formas de conducta que derivan directamente de la hiperactividad, destructividad y agresividad. La destructividad se reconoce fácilmente en el hogar. La agresividad se manifiesta como crueldad en contra de los animales, hacia algunos niños o sin motivo.

La inatención es producto de la distractibilidad del niño, impidiéndole concentrar la atención y obstaculizarle el proceso de aprendizaje. Está relacionada con la hiperactividad sensorial, reflejando una incapacidad para seleccionar los estímulos recibidos, ya que el niño presta la misma atención tanto a lo primario o esencial, como a lo secundario. Algunos niños tienen predominantemente distractibilidad visual, auditiva, o son distraídos por sus propios pensamientos, memorias, asociaciones, sensaciones autónomas o somáticas (temores, ansiedad, preocupaciones, etc.).

Impulsividad, es la pérdida de la capacidad para manejar o planear su conducta, sin considerar las consecuencias sociales mediatas o inmediatas de sus actos; se les reconoce como niños, “que ni miden el peligro”, debido a la incapacidad para inhibir impulsos que frecuentemente se ven involucrados en conflictos y pueden caer en una conducta antisocial; son los niños, “siempre castigados”.

Se puede presentar un sentimiento de frustración al no tolerar, la demora de sus satisfacciones.

Incoordinación muscular, inmadurez motora, denominaciones frecuentes que representan una torpeza general en la ejecución de sus actos motores (movimientos finos o gruesos), dentro del ambiente familiar o escolar.

Perseveración, demanda de atención que se traduce en una conducta repetitiva, es-

tereotipada y a veces compulsiva.

Afectividad, incluye la labilidad emocional, irritabilidad y disforia, caracterizada por anhedonia, depresión, deficiente autoestima y ansiedad. La anhedonia, es la incapacidad para experimentar placer, manifestándose por sobreexcitación, sin que la situación vivida, amerite tal estado. La deficiente autoestima se traduce en los niños como seres incapaces, diferentes y malos; dependiendo de las comunicaciones con los padres, maestros y los estudios de personalidad que se les apliquen. La ansiedad se presenta como consecuencia de su conducta.

Desobediencia patológica. Es la incapacidad de algunos niños a comprender órdenes verbales, por falta de jerarquización de los estímulos recibidos, y no comprendiéndose la prohibición ni su significado, evitándose con esto acatar la mencionada orden.

Trastornos del aprendizaje. Casi siempre presentes, haciendo al niño portador de un retardo mental verdadero. Se pueden mencionar dos tipos de obstáculos para el aprendizaje: la hiperquinesia misma asociada a la incapacidad para la concentración que reduce el tiempo que el niño dedica a sus tareas; y la existencia de verdaderos desórdenes en el proceso cognoscitivo, especialmente los del área visomotora. Las dificultades escolares son generadoras a la vez de hiperquinesia, ya que, al niño se le dificulta su tarea y opta por dejarla, emprendiendo una nueva. En estos niños puede estar perdida o disminuida la disociación, apareciendo así, la incapacidad para conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa; dificultad que posteriormente se traduce en problemas con la escritura (disgrafía), la lectura (dislexia), y el deletreo. La inversión visual es otra de las características psicológicas que intervienen en el proceso cognoscitivo. El niño con frecuencia, no puede destacar la figura del fondo, en la que ésta se encuentra, adquiriendo el fondo mayor importancia. Se puede hablar también de inversión auditiva, táctil, etc. La atención es un fenómeno muy

ligado a la memoria, la cual se encuentra obstaculizada. Recuérdese que estos niños sufren aprosexia, con sólo pequeños lapsos de atención para el aprendizaje racional. Se agravará la atención al aumentarse la tensión, como resultado de la hiperactividad, que junto con otros fenómenos dará origen a la incapacidad para memorizar.

Existe también una distorsión de la imagen corporal, por una serie de vivencias, fracasos y problemas visomotores, que está relacionada con el desarrollo del ego y con la estructura de un concepto positivo de sí mismo.²

Bases para el diagnóstico

Son elementos que forman en número de 8, los lineamientos sintomatológicos: 1) Hiperquinesia; 2) Inatención; 3) Irritabilidad; 4) Impulsividad; 5) Incoordinación muscular o dispraxia; 6) Disforia; 7) Desobediencia patológica y 8) Trastornos del aprendizaje. Para un diagnóstico integral habremos de citar los siguientes rubros a cubrir cabalmente: *a) Historia clínica* que incluya además de lo habitual, la historia del desarrollo psicobiológico del niño; *b) Exploración psiquiátrica*; *c) Exploración neurológica*, lo más completa posible; *d) Electroencefalograma*, para confirmar el diagnóstico, que proporcionará datos del trastorno estructural en el cerebro; *e) Pruebas psicológicas y psicopedagógicas*, como: Raven, Goodenough, W.I.S.C., Manchover, Bender, para demostrar organicidad cerebral; T.A.T., prueba de retención visual, escala de actividad del niño, hecha por Werry, Weiss y Pethers; y por último, el ensayo diagnóstico con medicamentos. Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial, deberemos establecer su distinción con el niño psicótico, el hiperansioso, el de reacción agresiva antisocial, el portador de variantes epilépticas y a los portadores de Corea de Sydeham, disfunción cerebral orgánica postraumática, síndrome cerebral orgánico encefalítico, retardo mental y síndrome cerebral tóxico orgánico.

Se recordará que la actividad normal

constitucional se manifiesta entre los 2 y 5 años de edad, con excesiva actividad, inquietud y distractibilidad.

Tratamiento

Se deberá llevar a cabo, desde un punto de vista interdisciplinario. Se divide en tratamiento psicopedagógico, psicoterapéutico y psicofarmacológico.

El tratamiento psicofarmacológico, sirve para controlar y reducir los síntomas; dependiendo de las siguientes variables: edad del niño, duración del trastorno, severidad de los síntomas, IQ y estado socioeconómico familiar.⁴

Anfetaminas y metilfenidato, tienen una respuesta paradójica en el niño hiperquinético, existiendo algunas hipótesis para explicar dicha respuesta. Los niños hiperquinéticos pueden tener lesiones bioquímicas, en el sistema metabólico de la norepinefrina y otros en el sistema dopaminérgico, encontrándose que en los niños que tenían una disminución importante de la excreción de MHPG (metoxi 4 hidroxifenilglicol) existía un metabolismo anormal de la norepinefrina, respondiendo adecuadamente al empleo de las anfetaminas.⁵ Generalmente se acepta que alrededor del 50 por ciento de los niños hiperquinéticos se benefician con los estimulantes. Se mencionan efectos secundarios, aunque rara vez lo suficientemente importantes como anorexia, moderada pérdida de peso, insomnio y en algunos casos síndrome de Tourette, en donde están contraindicados.⁶ Se ha observado un retardo en la maduración ósea en niños tratados con anfetaminas.⁷ El efecto esperado de estos fármacos, es el siguiente: la impulsividad y la incapacidad para controlar las respuestas, son dos aspectos de la conducta que se benefician notablemente, a la vez, que se incrementa la sensibilidad a los castigos y recompensas. Los aspectos afectivos suelen sufrir también, un cambio favorable, pudiendo pasar a un comportamiento que demuestra más claramente su afecto hacia la persona y la búsqueda de reciprocidad; observándose marcada mejoría en el

aprovechamiento escolar. Aproximadamente en la mitad de los niños, usando el metilfenidato, se obtiene mejor aprovechamiento escolar.⁸ Lo anterior se debe al aumento de los periodos de atención, tanto en número, como en duración y calidad. Las anfetaminas más usadas son la benzedrina y la dexedrina.

El efecto placebo de los medicamentos antidepresivos, tricíclicos sólo constituyen un recurso cuando los estimulantes han fallado. Pueden usarse anticonvulsionantes, del tipo de la DFH o bien Carbamazepina, tranquilizantes menores como la Difenhidramina, que frecuentemente reducen los síntomas, sin causar somnolencia. El uso de Haloperidol, está indicado en la actividad motora excesiva y conducta agresiva.⁹

Tratamiento psicológico

Es complemento del tratamiento anterior, que incluye al niño y a sus padres. Los padres de los niños hiperquinéticos generalmente hacen preguntas relacionadas con las causas del trastorno, el uso de medicamentos, el pronóstico, y la conducta que debe de seguirse con sus hijos. El médico debe de dar explicaciones empleando un lenguaje accesible, según el nivel de preparación de los padres. Debido a que la mayoría de los padres se responsabiliza de los problemas de conducta del niño, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suelen generarse. La explicación relativa a las causas del trastorno, se dirigen fundamentalmente a combatir dos de las manifestaciones que obstaculizan el tratamiento: la hostilidad contra el paciente y el sentimiento de culpabilidad de los padres. Es conveniente proporcionar una explicación, en donde los padres deberán ser realistas y aceptar el trastorno que padece su hijo. Se deberá explicar también el papel que juegan los medicamentos dentro del tratamiento del niño.² Debe ayudarse a los padres a reconocer los sentimientos del niño y aceptarlos, ya que la vida del niño gira alrededor de la falta, la angustia, el castigo, y la

culpa. Siempre es útil conocer con cierta profundidad la situación real de las relaciones interpersonales, dentro del hogar del niño, para favorecer cambios en beneficio de esas propias relaciones.

Tratamiento pedagógico

Es, en el salón de clase, donde afloran fácilmente los dos grandes grupos de síntomas, los que afectan la conducta del niño y los que dificultan el aprendizaje.

Asistir a la escuela primaria significa que el niño empieza a encarar su fracaso en el aprendizaje, el castigo repetido y la actitud de inaceptación de sus condiscípulos, todo ello, lo va identificando como el "niño diferente". La frustración resultante conduce a una comunicación aversiva y negativa, la cual, suele expresarse como hostilidad franca. Los programas de tratamiento pedagógico, deben dirigirse a mejorar el progreso académico, en base al sistema de castigo y recompensa. El profesor trabajará atendiendo las conductas específicas y observables; evitando el uso de términos que intentan definir experiencias subjetivas como la ansiedad, el temor, la atención y la ira.

Prevención

Iniciaremos este apartado con la frase de Robert Stevenson, "el verdadero heroísmo, es la paciencia". Esto es válido, porque en realidad se sabe tan poco de una causa específica de los desórdenes del déficit de atención, que su prevención constituye, una especulación.

Se podrá incluir en la prevención, un buen cuidado de la madre durante el embarazo, evitar la desnutrición y el empleo de medicamentos; evitar la inducción innecesaria del parto, esperar la madurez óptima del feto, usar las mejores técnicas para el nacimiento del niño, un buen cuidado y oxigenación del recién nacido, nutrición adecuada del bebé y prevención de encefalitis y lesiones en la cabeza. En suma, proporcionaremos una atención completa y razonable de la salud.

Pronóstico

Recordemos que toda sintomatología empeora durante la edad escolar, mejora progresivamente hasta desaparecer durante la pubertad; siendo esto, una falsa apreciación si nos atenemos a estudios actuales longitudinales o bien retrospectivos. De lo anterior, se desprende que:

1. Los niños con síntomas neurológicos, muestran conducta antisocial y tienen un mal pronóstico para su disfunción.
2. No se puede predecir, cuándo existe disfunción cerebral menor.
3. Está suficientemente probado que la hiperquinesia como síntoma, evoluciona favorablemente; lo que no ocurre, con las dificultades del aprendizaje.
4. Se podrá predecir favorablemente cuando el aprovechamiento escolar sea satisfactorio; cuando la adaptación social, sea aceptable con una familia intacta y su desarrollo y ajuste emocional, sea adecuado.
5. Neurólogos y psiquiatras tienen la impresión clínica, que estos niños mejoran al crecer. La Dra. Renshaw, comparte esta impresión optimista.

Conclusiones

La proporción de niños con trastornos del déficit de atención, en nuestra sociedad, indica que los médicos generales familiares deben desarrollar, criterios y procedimientos de trabajo para ayudar a los niños, a sus padres y a la familia integral.

Se ayudará al descubrir trastornos somáticos y colaborar con el tratamiento amplio de los problemas escolares, incluso se dará asesoría a los padres, en cuanto a las interacciones familiares que afecten de manera adversa al niño. La asesoría a los padres, por parte del médico general familiar, será de guía en la construcción de mejores relaciones con el hijo; advirtiéndole los problemas de competencia con los hermanos mejor desarrollados y enseñándoles a reconocer los problemas específicos en casa, que puedan interferir con la capacidad del niño. El tratamiento se enfocará en las interacciones trastornadas de la familia, más

que en los fenómenos intrapsíquicos de la misma. Los padres estarán enterados de los signos de fatiga o estimulación excesiva, en el programa diario de acción del niño, dependiendo del propio equilibrio mental de los padres y de su capacidad para tolerar las vaguedades de la conducta del pequeño.

El tratamiento educativo se hace en base de recursos educativos como: a) tutores individuales; b) clases especiales dentro de la escuela; y c) escuelas especiales. Se emplearán técnicas pedagógicas adecuadas, valorándose el sistema de premios y castigos, cuyo empleo buscará la mayor eficacia. A continuación nombraremos algunas actitudes de los miembros de la familia que ayudarán al niño:

1. Consistencia en las reglas y disciplina.
2. Mantener voz baja y pausada.
3. Controlar emociones personales.
4. Evitar enfoques negativos.
5. Distinguir el comportamiento y la persona.
6. Establecer rutina para este niño.
7. Demostrar tareas nuevas y difíciles.
8. Reservar una área especial para el niño.
9. Hacer una sola cosa a la vez.
10. Conferirle responsabilidad.
11. Aceptar y reconocer sus esfuerzos.
12. Atender las señales de su próxima explosión.
13. Limitar sus compañeros de juego.
14. No ser demasiado indulgente.



Bibliografía

1. Weiss, B. Food additives and Environment Chemicals as Sources of Childhood Behavior Disorders. *J. of Am. Academy of Child Psychiatry*. Vol. 21, 144-152, Feb. 1982.
2. Levine Md.; Melmed Rd. The Unhappy Wanderers: Children with attention Deficits. *Pediatr. Clin. North America*. Vol. 29 105-120, Feb. 1982.
3. Swanson B. Drug Management of Hiperactivity. *J. Learn Disabil*. Vol. 15, 132-133, Marzo de 1982.
4. Cohen, N.; Thompson, L. Perceptions and Attitudes of Hyperactive Children and with Methylphenidato. *Can J. Psychiatry*, Feb. 27, (1): 40-2, 1982.
5. Shekim, W. Jawid, J. Dekirmenjian H. y col. Effects of D-Amphetamine on Urinary Metabolites of Dopamine and Norepinephrine in Hyperactive boys. *Am. J. Psychiatry*. 139:4, 485:488 April, 1982.
6. Lowe T.; Cohen D. Detlor J. y col. Stimulant Medications Precipitate Torette's Syndrome. *Jama*, Vol. 247, 1168-9, Feb., 1982.
7. Schlager G. Desarrollo Pondoestatal y Maduración Esquelética en Niños con Disfunción Cerebral Mínima. (Comunicación Preliminar). *Rev. Child Pediatr*. Jan-Feb.; 50 (1): 13-5, 1979.
8. Whalen C. Henker B., Finck D. Medication effects in the Classroom — Three Naturalistic Indicator. *J. of Abnormal Child Psychology*. Vol. 9, No. 4, Págs. 419-433, 1981.
9. Chakraborti D. The Hyperkinetic Child: Two views. *British Medical Journal*, Vol. 284, Abril, 1982.
10. Wright, G. Attention Deficit Disorder. *The Journal of School Health*. Pág. 119-120, Feb. 1982.
11. Renshaw D. El Niño Hiperactivo. Ed. La Prensa Médica Mex. 1980.
12. Velasco Fernández R. El Niño Hiperquinético, Ed. Trillas, 1980.
13. Valenzuela R. y Cols. Manual de Pediatría. Ed. Interamericana, Capítulo 53, 1975. Méx.
14. Rodríguez S. Romeo. Nueva guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Pediátrico. Ed. Impresiones Mod., Cap. 69, Pág. 733-738, 1977.
15. Berkow R. Talbott. J. El Manual Merck. Ed. Merck & Co. Inc., U. S. A., 1981.
16. Conn H. Rakel, R. Johnson T. Medicina Familiar. Ed. Interamericana, Mex. 1974.
17. Salomon P. Patch. V. Manual de Psiquiatría. Ed. Manual Moderno. El Manual Moderno. 2a. edición, México 1976.
18. Domart A.; Bourneuf. J. Larousse de la Medicina, Editorial Larousse, Vol. 1, France 1978.
19. Segura del Castillo y Cols. Trastornos de Conducta en los Niños. *Rev. de la Fac. de Medicina*. Vol. 22, año 22, No. 10 págs. 8-29, 1979.