

NIÑOS HIPERACTIVOS : Cómo reconocerlos

por Isabel Menéndez Benavente

Psicóloga por la Universidad Autónoma de Madrid

Comencemos por definir lo que es la hiperactividad o lo que es más exacto de qué hablamos cuando se diagnostica a un niño de déficit de atención con hiperactividad. Para que nos entendamos, esto quiere decir que es un niño muy inquieto y al que le falta la atención de una forma muy llamativa.

La hiperactividad de los niños es considerada como normal, cuando se produce dentro de una etapa de la vida infantil alrededor de los dos o tres años. El que un niño sea inquieto no tiene nada que ver con la sintomatología que hoy vamos a abordar en esta información. La falta de atención y la inquietud constante en el niño son síntomas que, por lo general, los padres comentan primero al médico de atención primaria, con frecuencia alertados por los profesores y educadores.

Este trastorno ha recibido muchos nombres en el pasado, daño o disfunción cerebral mínima, hiperkinesia, hiperactividad y déficit de atención.... Pero en realidad todo ello engloba una alteración importante de la atención que, muy a menudo, se da con una extrema actividad en el niño...

El porcentaje de niños con este problema se estima entre el 3 y el 5%, entre los niños en edad escolar, siendo seis veces más frecuente en los varones.

TRASTORNOS ASOCIADOS

Además, aproximadamente, el 40% de los niños con este trastorno tienen dificultades en el aprendizaje, lo que motiva, si no es tratado adecuadamente, el abandono de los estudios en la adolescencia. Y casi el 50% de estos niños tienen asociada alguna alteración psiquiátrica, sobretodo problemas de ansiedad, con rabietas y miedos o depresión y baja autoestima, en un 20% de los casos, también trastorno de oposición en un 25% y todo tipo de trastornos de conducta. La baja autoestima, está presente al menos en un 25%. Presentan también mayor riesgo de presentar conductas antisociales en la adolescencia, especialmente si se da en familias de riesgo (abuso de drogas, alcoholismo, violencia).

Aunque la sintomatología mejora notablemente con la edad, los síntomas pueden persistir en la edad adulta, hasta en un 40 a 60% de los casos.



Fig. 1

¿CUÁL ES LA CAUSA DE ESTE TRASTORNO?

Existen factores biológicos y genéticos. Entre los no genéticos podemos hablar de complicaciones prenatales, perinatales y postnatales.

Se sabe que predispone a padecer el trastorno el consumo materno de alcohol y drogas, incluso de tabaco... también influye el bajo peso al nacer, la anoxia, lesiones cerebrales, etc... Los factores ambientales pueden contribuir a su desarrollo aunque no hablaríamos en este caso de etiología pura. Las psicopatologías paternas, el bajo nivel económico, la marginalidad, el estrés familiar, en fin, un entorno inestable podría agravar el trastorno.

Por otra parte desde el punto de vista genético, todos los estudios inciden en que la existencia del mismo trastorno en hermanos es de un 17 a un 41%. En cuanto a gemelos univitelinos el porcentaje de trastorno común es hasta del 80%. Si el padre o la madre ha padecido el síndrome sus hijos tienen un riesgo del 44% de heredarlo.

Parece que existe una disfunción del lóbulo frontal y por otra parte desde el punto de vista neuroquímico existe una deficiencia en la producción de importantes neurotransmisores cerebrales. Los neurotransmisores son sustancias químicas que producen las neuronas, es decir las células nerviosas. Para que se produzca una buena comunicación entre las neuronas y todo funcione normalmente debe existir la cantidad adecuada de determinados neurotransmisores que en este caso son la dopamina y la noradrenalina. En el niño con TDAH existe una producción irregular en estos dos neurotransmisores y, por ello, la medicación que se les da y de la que hablaremos más adelante, está orientada a regularizar la producción de esas sustancias...

Con los adelantos científicos actuales es posible visualizar el funcionamiento del cerebro como vemos en esta imagen realizada por PET (tomografía por emisión de positrones) en la que se ven dos cerebros.

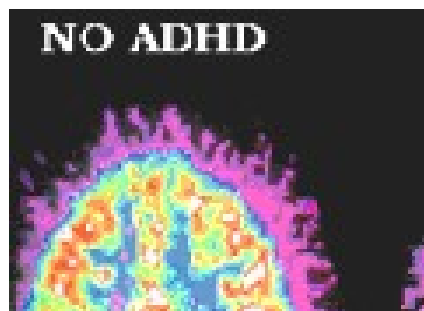


Fig. 2. Tomografía por emisión de positrones (PET)

Uno es el de un niño sin el trastorno y el otro es un niño aquejado de TDAH. La parte roja, anaranjada y blanca del cerebro del niño sin el trastorno nos indica que existe mucha más actividad ante una tarea que requiere atención continuada... Falla por tanto la actividad que es necesaria para focalizar la atención.

Es por esto básico, y dada la importancia de este trastorno, que sepamos distinguir perfectamente un niño inquieto, de un niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, para poder abordar lo antes posible el tratamiento adecuado.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS? ¿CÓMO RECONOCERLOS?

¿Cómo podemos saber si nuestro hijo es simplemente nervioso o presenta un trastorno de déficit de atención? ¿Se puede curar?

Empezaremos por ponerle un nombre que es el que se utiliza en la actualidad. Se le denomina, trastorno por déficit de atención con hiperactividad aunque también existen tipos de trastornos de atención sin que se evidencie un exceso de actividad.

Antes de enumerar los síntomas, tal y como han sido descritos por la sociedad americana de psiquiatría, para considerar el trastorno como tal, hablaremos de cómo son estos niños para sus padres: en principio y como regla general, son niños cuyas madres siempre suelen estar, como aquella película “ al borde del ataque de nervios”. Son niños que desde que nacen están dando la lata, no duermen bien o lloran, o son espabiladísimos y enseguida se levantaban de la cuna... parecen muy inteligentes porque suelen hablar mucho y con desparpajo, y aparentemente su desarrollo ha sido normal.... Simplemente es un niño insufrible al que no podemos llevar a ningún lado, agota a todo el mundo, desquicia a la familia y no para quieto ni un minuto.

Cuando empieza la etapa escolar comienzan los fracasos. Los maestros se percatan de que no presta la más mínima atención, hasta el punto de que a veces son enviados al otorrino para realizar una audiometría porque parece estar “ sordo”.

Pasamos ahora a enumerar los síntomas que deben darse, como mínimo 6 de ellos, y que están enumerados en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la sociedad americana de psiquiatría: DSM IV.

Síntomas de desatención

- A menudo no presta atención a los detalles, tiene errores por descuido y el trabajo escolar suele ser sucio y desordenado.
- Tiene dificultades para mantener la atención, incluso en los juegos.
- A menudo, parece no escuchar cuando se le habla directamente, parece tener la mente en otro lugar o como si no oyera.
- No finaliza tareas escolares, pasa de una actividad a otra sin terminar la anterior. No sigue instrucciones ni órdenes.
- Dificultad para organizar tareas y actividades.
- Evitan situaciones que exigen una dedicación personal y concentración (por ejemplo, tareas de papel y lápiz)
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, ejercicios escolares, juguetes, lápices, libros, etc.) y suelen tratarlos sin cuidado.
- Se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes, pueden dejar las tareas que están haciendo para atender ruidos o hechos triviales que son ignorados por los demás (una conversación lejana, el ruido de un coche,...)
- Son olvidadizos en sus tareas cotidianas (olvidan el bocadillo, los deberes, la hora del partido, etc.)

Bien hemos visto los criterios que se consideran para tener un grave problema de atención, veamos ahora los síntomas de la hiperactividad e impulsividad que coexiste con la falta de atención la mayor parte de las veces.

Síntomas de hiperactividad

- Suele mover en exceso manos y pies y se retuerce en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en clase o no es capaz de estar sentado cuando debe.
- Corre o salta en situaciones en las que resulta inadecuado hacerlo.
- Experimenta dificultades para jugar tranquilamente o dedicarse a actividades de ocio.
- Parece estar siempre en marcha, como si tuviera un “ motor”.
- A menudo habla excesivamente.
- Dan respuestas precipitadas, antes de que las preguntas se acaben de formular.
- Puede tener dificultades para aguardar su turno en cualquier situación.
- También suele entrometerse o entorpecer los asuntos de los demás, tocan cosas que no deben, hacen payasadas...

Según el DSM IV existen varios **subtipos de TDAH**, según predomine la desatención o la hiperactividad:

- **Tipo predominantemente COMBINADO:** Cumple los criterios de atención y de hiperactividad.
- **Tipo predominantemente HIPERACTIVO:** Cumple los criterios de hiperactividad pero no llega a los necesarios de falta de atención.
- **Tipo predominantemente DE ATENCIÓN:** Cumple al menos seis de los criterios de déficit de atención, pero no los de hiperactividad.

El más común es el combinado y, en las niñas, parece predominar el de inatención.

En los tipos combinados, la hiperactividad e impulsividad hacen que, con bastante frecuencia, sufran accidentes, puesto que no son capaces de calibrar los peligros de sus acciones.. (cruzar en rojo, patinar en terrenos no adecuados, lanzarse con la bici por una cuesta muy empinada, etc..)

Esta falta de atención y exceso de actividad suelen producir también problemas graves en el aprendizaje, aunque su capacidad intelectual sea normal o superior, y precisamente ese fracaso escolar, suele ser el principal motivo por el que acuden a consulta.

Veamos ahora algunos de los síntomas que presentan en la evaluación de su aprendizaje.

Síntomas de dificultades de aprendizaje

- **Variabilidad.** Son niños que tienen amplias variaciones en sus respuestas, son los típicos niños de los que se dice “puede hacerlo porque ayer realizó perfectamente esa tarea, cuando hoy es un desastre”.
- **Retraso psicomotor**, que varía desde la simple torpeza motriz hasta “dispraxias” importantes, es decir problemas en las nociones de su esquema corporal, del tiempo y del espacio. Dificultades que se agudizan cuando tiene que realizar algo con ritmo.
- **Trastorno del lenguaje de tipo expresivo**, con vocabulario limitado y dificultades a la hora de expresarse. Problemas en el área de lectura. Dislexia.
- **Dificultades en la grafía**, en la escritura: disgrafía y disortografía, porque existe una deficiente coordinación entre lo que ve y el movimiento manual, es decir, suelen presentar incoordinación visomotriz. Su escritura es torpe, con tachones, desordenada, su ortografía con múltiples faltas y confusiones...

Es evidente que, con todos estos trastornos, son niños que también presentan problemas emocionales. No es raro que tengan un comportamiento social indiscreto, sin freno, y molesto. Este descontrol, casi constante, genera desconfianza e irritación en padres y maestros, así como rechazo de los hermanos y compañeros... lo que hace que pueda ser un niño aislado.

Veamos ahora las características personales que presenta y que pueden ayudarnos a seguir clarificando este síndrome...

Síntomas personales

- Emotividad muy variable, cambian frecuentemente de humor, pueden pasar de la risa al llanto con cierta facilidad.. son explosivos, de rabietas constantes.
- Acentuados sentimientos de frustración, baja tolerancia ante los problemas. Insiste una y otra vez en que se realicen sus peticiones.
- Problemas de relación con los compañeros. Desadaptación social.
- Problemas de ansiedad, agresividad, oposición, disconformidad...
- Algunos de ellos presentan enuresis (pis nocturno).

Bien, una vez descritas las características que pueden presentar, aunque evidentemente no todos los niños tienen todas las alteraciones, se puede comprender perfectamente que sean niños que suelen ser el punto central de las discusiones familiares, puesto que son niños que

“desquician” fácilmente y no siempre se sabe como tratarlos, por lo que se producen constantes enfrentamientos en la familia.

La falta de atención que pone en tareas que requieren un esfuerzo suele interpretarse como pereza y además en ocasiones podemos encontrarnos con niños que tienen el trastorno, pero que son capaces de estar sin síntomas en una situación nueva, cuando existe mucho control, o ante actividades muy interesantes (como los videojuegos), lo que hace que sus padres piensen que el comportamiento anómalo es voluntario, “que para lo que le interesa sí que se fija” y esto complica aún más el problema. Estos padres no saben que existe una importante deficiencia del autocontrol, que tiene base neurobiológica, como ya hemos visto anteriormente.

Hay pues que armarse de paciencia y saber que el trastorno, que es acusadísimo en la primera parte de la infancia, suele ir mejorando con la edad, aunque existen aún alteraciones en la vida adulta, casi en una tercera parte de los casos.

Como ya hemos dicho, en la población infantil aproximadamente cinco de cada cien niños presentan este trastorno, aunque desgraciadamente la mayoría no son diagnosticados, y por ello se les trata como niños torpes, maleducados, consentidos, o simplemente caracteriales. Se les clasifica como niños con problemas de conducta, cuando en realidad son niños que necesitan un tratamiento especial y, sobretodo y principalmente, un diagnóstico adecuado que arroje a padres y profesores una luz para que estos niños se sientan menos culpables de su falta de control...

¿Quiénes deben realizar el diagnóstico y cómo tratarlo? En principio, el diagnóstico y el tratamiento deben ser multidisciplinar. El examen de un psicólogo, y de un psiquiatra o neurólogo es imprescindible, porque las áreas que estos profesionales abarcan son básicas para reeducar un síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

TRATAMIENTOS

A) Farmacológico:

El tratamiento pues, puede ser farmacológico, como hemos visto antes y de orientación psicológica, con la finalidad de conseguir una reducción de la hiperactividad y un tratamiento adecuado para modificar las conductas impulsivas e incrementar la atención. El tratamiento farmacológico que debe prescribir un neurólogo o psiquiatra y que se está utilizando para estos niños es el metilfenidato (el famoso Rubifén o Ritalín), la dextroanfetamina (Dexedrina) y la pemolina magnésica como (Cylert) pero estos dos últimos no están disponible en España. Todos estos medicamentos facilitan la acción de la dopamina y de la noradrenalina (los dos neurotransmisores implicados en el trastorno) y por ello actúan de inmediato.

Hablaremos pues del metilfenidato: Los efectos del Rubifén, son inmediatos y empiezan a notarse a los 30 o 60 minutos tras la ingesta y comienza a disminuir unas 3 a 6 horas después de haber tomado la pastilla. Quiere esto decir que se requiere la administración continuada del medicamento con las pautas que establezca su terapeuta. No es aconsejable medicar a un niño menor de seis años, aunque se han tratado niños de tres años cuya sintomatología era muy grave y el beneficio de la terapia farmacológica era imprescindible.

Se ha hablado mucho de este tipo de tratamiento y digamos que en España, y más concretamente en Asturias, siguen existiendo reticencias por parte de muchos profesionales para recetar los fármacos, que desde luego no son la panacea del tratamiento pero que nos facilitan la tarea cuando tenemos que seguir una reeducación y un tratamiento psicológico con estos niños.

Se insiste mucho en los efectos secundarios y la posible adicción a la medicación. Bien pasemos a describir los que ocasiona el metilfenidato:

- Insomnio, cuando la dosis se da demasiado tarde.
- Puede haber pérdida de apetito.
- En ocasiones puede ocasionar dolores de cabeza.
- Molestias gástricas.

Estos dos últimos más leves.

La medicación se debe dar en pautas de dos o tres veces al día, dependiendo de la respuesta del niño a la medicación que deberán evaluar en un seguimiento semanal, los padres, profesores y el terapeuta. Normalmente el esquema de medicación es de 8 mañana, 11 de la mañana y antes de comer a las 14 o 15. Se establece la dosis óptima que se mantiene todos los días de colegio en el caso de que no presente problemas de conducta importantes en casa, y si no también deben darse los fines de semana, tratando de dar la medicación discontinua, cesando durante las vacaciones escolares. Por otra parte está demostrado que esta clase de medicamentos no crean adicción física siguiendo las orientaciones del médico, como sucede con otras muchos fármacos.

Cerca de un 20% de los niños pueden dejar la medicación al cabo de un año, puesto que además se supone que se ha trabajado con ellos desde el plano psicológico.

B) Tratamiento psicopedagógico

Tiene tres grandes frentes, que deben conocerse perfectamente para poder trabajar sobre las diferentes áreas y conductas.

FAMILIA - PROFESOR - TERAPEUTA

Veamos las pautas que un niño con TDHA necesita en la familia.

Pautas FAMILIARES para un niño con TDHA

La familia deberá :

- Tener normas claras y bien definidas.
- Dar órdenes cortas y de una en una.
- Propiciar un ambiente ordenado y muy organizado, sereno y sin gritos.
- Reconocer el esfuerzo realizado por el niño. Aumentar su autoestima.
- Evitar ser superprotectora y no dejarse manipular por sus caprichos.
- Cumplir siempre los castigos y las recompensas ante sus acciones.
- Darle pequeñas responsabilidades.
- Aceptarle tal y como es.
- Saber que el trabajo es mucho y que se necesita mucha constancia.
- Fomentar sus puntos fuertes, sus facultades.

Pautas ESCOLARES para un niño con TDHA

El profesor deberá :

- Ser un profesor que comprenda y asimile el trastorno del niño, que se informe sobre él.
- Sentarle en el lugar adecuado, lejos de estímulos, enfrente de él, entre niños tranquilos.
- Darle órdenes simples y breves. Establecer contacto visual con el niño.
- Darle encargos una vez que haya realizado el anterior, no dejar que deje las cosas a medio hacer.
- No se le puede exigir todo a la vez, se debe desmenuzar la conducta a modificar en pequeños pasos y reforzar cada uno de ellos: si comienza por acabar las tareas, se le

felicita para conseguirlo, luego que lo intente con buena letra y se valorará, más tarde que el contenido sea también correcto. Pedirle todo a la vez, le desmotivará porque no puede realizarlo.

- Alternar el trabajo de pupitre con otras actividades que le permitan levantarse y moverse un poco.
- Enseñarle y obligarle a mantener el orden en su mesa.
- Hacer concesiones especiales, darle más tiempo en los exámenes, indicarle cuando se está equivocando por un descuido, o facilitarles un examen oral de vez en cuando para que descanse de la escritura, etc.
- Darle ánimos continuamente, una palmada en el hombro, una sonrisa ante cualquier esfuerzo que presenta, por pequeño que sea. Premiar las conductas positivas es imprescindible, haber atendido, levantar la mano en clase, intentar buena letra, o contestar sin equivocarse son conductas a reforzar en el niño hiperactivo, dicho refuerzo puede ser con privilegios de clase (borrar la pizarra, repartir el material, hacer recados, lo que además le permite moverse que es lo que necesita), o bien dedicarle una atención especial, reconocimiento o halago público: comentarios positivos en alto, o en privado a otro profesor para que lo oiga el niño, notas para casa destacando aspectos positivos, una felicitación de la clase, un trabajo en el corcho, etc...
- Evitar humillarle o contestarle en los mismos términos. Evitar insistir siempre sobre todo lo que hace mal.
- Tener entrevistas frecuentes con los padres para seguir su evolución.

Pautas TERAPEÚTICAS para un niño con TDHA

El terapeuta deberá:

- Orientar a los padres acerca del trastorno que padece su hijo.
- Darles pautas de conducta y actuación con su hijo.
- Reeducar las dificultades de aprendizaje asociadas (dislexias, falta de memoria, discalculalias, disgrafías, etc)
- Entrenarle en la resolución de problemas..
- Entrenarle en habilidades sociales puesto que suele presentar problemas con los demás.
- Entrenarle en técnicas de relajación...

En general estos niños solo necesitan que seamos conscientes de sus dificultades, de sus limitaciones, que sepamos, ya que el déficit de atención con hiperactividad es una entidad propia, con la sintomatología que acabamos de describir y, sobre la que aún, se están publicando contínuos estudios, puesto que aún nos queda mucho por descubrir acerca de sus bases biológicas, la influencia del entorno y las posibilidades terapéuticas, pero creo que lo fundamental es que se reconozca el síndrome como tal.

Las familias que suelen estar desorientadas al principio, deben observar sin alarmismos innecesarios el comportamiento de su hijo, si les preocupa realmente, y realizar un diagnóstico precoz que facilitará el tratamiento posterior. Para ello, existe una asociación de reciente creación que puede orientar y poner en contacto a las distintas familias que de esta forma se sienten más comprendidas y escuchadas y desde luego, menos solas...

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

Como vivir con un niño hiperactivo. C.Avila y A. Polaino – Lorente, Ed: Narcea.
Déficit de atención con hiperactividad. Isabel Orjales Villar, Ed: CEPE.
El niño muy movido o despistado. Christopher Green. Kit Chee, Ed: Medici.
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Ana Miranda Casas, Ed. Aljibe.