

## **Es mi Hijo Hiperactivo?**

Cecilia Montiel Nava

Unidad de Investigación para el TDAH-URU

Para los pediatras esta es una de las preguntas que los padres hacen con mayor frecuencia en las visitas de rutina o consultas de niños sanos. Es bastante normal que un niño sea más activo, más exuberante, preste menos atención, y sea más impulsivo que los adultos. No es de sorprenderse que los niños tengan más problemas que los adultos en seguir instrucciones u ordenes, y en finalizar consistentemente su trabajo.

Estas características propias de los niños hacen que cuando los padres se quejan ante sus pediatras manifestando que sus niños tienen dificultad para prestar atención, controlar su actividad motora, o sus impulsos; es muy probable que la explicación que se brinde sea que estos problemas son simplemente una conducta normal, y le aseguran a los padres que esas son cualidades normales de los niños, y que no hay necesidad de alarmarse. Si la conducta de un niño parece un poco excesiva, incluso para un niño, es probablemente porque el niño es un poco inmaduro, y muy probablemente los problemas desaparecerán a medida que vaya creciendo. Muchas veces esto es verdad, pero existen oportunidades cuando estas reglas no se cumplen. En algunos casos el rango de atención del niño es tan corto, su actividad motora tan intensa, y su control de impulsos tan limitado que su comportamiento es obviamente extremo para su edad. (Barkley, 1997; Conners, 1998).

Los niños cuyos problemas con falta de atención, exceso de actividad motora, y falta de inhibición han alcanzado un cierto nivel tienen un problema del desarrollo conocido como Trastorno por Déficit de Atención- Hiperactividad (TDAH). El TDAH, ha sido definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínicamente por dificultades en el rango de atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos (Barkley, 1997; American Psychiatric Association, 2000).

Desde que Still en 1902 describió por vez primera un grupo de 20 niños con diversos grados de agresión, hostilidad, conducta desafiante, rango de atención corto, e hiperactividad; los intentos por conceptualizar y validar un síndrome que pueda agrupar este conjunto de síntomas no han tenido fin. Las etiquetas diagnósticas empleadas han ido variando a medida que los científicos buscan obtener una explicación convincente acerca de la etiología y sintomatología de este trastorno; ocasionando que entre 1902 y 1994 (año de publicación del DSM-IV), se hayan acuñado términos como : defectos en el control moral, síndrome de inquietud, trastorno de conducta postencefálico, disfunción cerebral mínima, reacción hiperkinética de la niñez, y trastorno por déficit de atención-hiperactividad, entre otros (Still, 1902; Levin, 1938; Clements, 1966; APA, 1994; Peña y Montiel, 2002)

Los síntomas primarios del TDAH incluyen hiperactividad, falta de atención, e impulsividad. Los niños con TDAH pueden demostrar 1, 2 , o los tres grupos de síntomas, tal y como lo define el DSM-IV :

### **Falta de Atención**

1. Tiene dificultades para prestar atención a los detalles.2.Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades.3.Pareciera que no escuchara cuando se le habla directamente.4.No sigue órdenes y no completa tareas escolares y/u obligaciones domésticas.5.Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.6.Evita, le disgusta, o rechaza realizar actividades que requieran esfuerzo mental sostenido (ej., tareas escolares)7.Pierde los útiles necesarios para tareas (lápices, borradores, cuadernos, etc)8.Se distrae fácilmente con estímulos externos.9.Es olvidadizo en actividades diarias.

### **Hiperactividad - Impulsividad**

1. Es inquieto con las manos o pies o se retuerce en el asiento.2.Se levanta de su asiento en el salón de clase 3.Corre o trepa excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.4.Le cuesta jugar tranquilamente.5.Actúa como si “tuviera un motor adentro” 6.Habla excesivamente.7.Responde antes de que las personas finalicen las preguntas.8.Tiene problemas para esperar su turno.9. Interrumpe o se entromete con otros,

La combinación de estos síntomas conforma los diferentes subtipos. Por lo tanto, a pesar de que un niño no sea hiperactivo, aún puede estar afectado por este trastorno. Los subtipos son: a.) Predominantemente distraído, b.) predominantemente hiperactivo-impulsivo, y c.) Combinado.

Los niños con TDAH pueden manifestar síntomas de otras condiciones co-existentes o comórbidas, dentro de las cuales se encuentran:

- a.) **Trastornos Disocial**, descrito en el DSM-IV, como patrones repetitivos y persistentes de conductas en las cuales los derechos básicos de las otras personas , o las normas sociales son violadas (APA, 2000)
- b.) **Trastorno Oposicional-Desafiante**: definido en el DSM-IV como la conducta recurrente oposicional, negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad, que persiste por al menos 6 meses. (APA, 2000)
- c.) **Dificultades en el Aprendizaje**, las cuales comprenden los trastornos académicos, donde el rendimiento académico del niño está al menos dos años por debajo de lo esperado para su edad y escolaridad. (APA, 2000)

### ***Guía para el Diagnóstico del TDAH***

No existe un examen médico que pueda diagnosticar en forma certera el TDAH. El proceso involucra varios pasos y requiere la obtención de información de varias fuentes. El pediatra debe analizar como la conducta del niño se compara con la

conducta de niños de esa misma edad, tomando como base la información de los padres, de los maestros, la observación clínica, y los resultados de otros estudios realizados.

La Academia Americana de Pediatría (2000) desarrolló una guía para el diagnóstico del TDAH, la cual incluye:

- a. Evaluar cualquier niño entre 6 y 12 años que muestre signos de dificultades escolares, bajo rendimiento escolar, dificultades en las relaciones con los maestros, amigos, miembros de la familia, y cualquier otro problema de conducta.
- b. Emplear los criterios del DSM-IV; según los cuales es necesario que los síntomas del TDAH estén presentes en dos o más de los ambientes donde el niño se desenvuelve; que los síntomas estén presentes antes de los 7 años, y los síntomas deben haber estado presentes al menos por seis meses, interfiriendo con el funcionamiento adaptativo del niño.
- c. Requiere información de padres o de las personas encargadas del niño, y del maestro acerca de los síntomas de TDAH, edad de aparición, duración de los síntomas, y grado de interferencia.
- d. Hace énfasis en la evaluación de las condiciones co-existentes: dificultades de aprendizaje, agresión, conducta disruptiva, depresión y/o ansiedad.

Con el objeto de cumplir con los parámetros establecidos por la AAP (2001), es importante que cuando un pediatra sospeche que su paciente podría estar presentando un TDAH; inicie un proceso de evaluación que contenga los siguientes componentes:

- a.) **Examen Físico:** traumatismo craneales, convulsiones del tipo petit mal, e infecciones cerebrales pueden ocasionar sintomatología como la del TDAH. Audición y Vista deben ser examinados, pero no es necesario la realización de exámenes específicos (Hauser, Zametkin, Martínez et al., 1993; Zametkin y Ernst, 1999).
- b.) **Historia Médica :** esto ayuda a ubicar la conducta del niño dentro de contexto, y realizar un despistaje de otras condiciones que puedan estar afectando la conducta del niño.
- c.) **Revisión de la Historia Escolar del Niño;** incluyendo boleta de calificaciones y reportes de los maestros actuales y pasados.
- d.) **Entrevista con los padres y el niño:** el clínico debe estar seguro de revisar con los padres la presencia de los síntomas estipulados en el DSM-IV, para este trastorno. La idea central de chequear síntomas, es asegurarse que el niño reúne suficientes síntomas/criterios que justifiquen la etiqueta diagnóstica (Montiel-Nava, 2002). Debido a que las conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, son comunes a la naturaleza infantil, es importante comparar el comportamiento del niño con niños de la misma edad. Preguntas que ayudan a esclarecer el motivo de consulta se enumeran a continuación:
  - i. Por cuanto tiempo ha sido su niño inquieto?

- ii. Es la conducta de su niño un problema en diferentes ambientes? Pareciera que su niño estuviera en su propio mundo?
  - iii. Puede su niño permanecer involucrado en una actividad, o con frecuencia la deja incompleta?
  - iv. Las medidas de disciplina han funcionado con su niño?
  - v. La conducta de su niño ha interferido con sus amistades, actividades escolares, o la vida de familia?
- e.) **Escalas de Puntuación:** Debido a que las conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, son comunes a la naturaleza infantil, es importante comparar el comportamiento del niño con niños de la misma edad. Este objetivo se logra a través de la utilización de las escalas diagnósticas estandarizadas y validadas para tal fin. En específico, las Escalas de Conners (Conners, 1997), las de Achenbach (Achenbach, 1991) miden conductas asociadas al ADHD. En el caso de las Escalas de Conners, estas poseen escalas que identifican la presencia/ausencia e intensidad de los síntomas de acuerdo al DSM-IV, en las categorías de Falta de Atención, Hiperactividad e Impulsividad (Montiel-Nava y Peña, 2001)
- f.) **Pruebas Psicológicas:** Esta evaluación es necesaria para establecer el nivel general de funcionamiento intelectual del niño y cualquier discrepancia entre las capacidades cognitivas del niño. Un entendimiento global de la posibilidad de que el niño presente cualquier dificultad de aprendizaje amerita la administración de un test de rendimiento académico como el WIAT, o el Woodcock-Johnson. El nivel de conocimiento que un niño ha obtenido en cierta área puede ser comparado a lo que se espera de acuerdo a su edad y grado (Montiel-Nava, 2002)

Diversos estudios han demostrado que las siguientes pruebas diagnósticas tienen muy poco valor para el diagnóstico del TDAH (American Academy of Pediatrics, 2000):

- a.) Niveles de plomo en la sangre
- b.) Problemas de Tiroides
- c.) Pruebas de ejecución continua computarizada
- d.) Estudios de neuroimagen como las TAC, RMC, etc.
- e.) Electroencefalogramas.

El diagnóstico de TDAH es niño es un proceso que requiere más de una visita al consultorio del pediatra. La revisión de la literatura actual sugiere que el pediatra incorpore a sus actividades rutinarias en la consulta de niños sanos, preguntas dirigidas a determinar si existen problemas en el rango de atención, hiperactividad-impulsividad.

El tratamiento del TDAH debe ser diseñado de acuerdo a las necesidades de

cada paciente en particular (MTA, 1999a,1999b; Montiel-Nava, Peña, et al., 2002a;2002b). El enfoque que mejores resultados ha mostrado es el multimodal , el cual debe incluir:

1. **Material educacional** y/o discusiones con el niño, padres, y el personal de las escuelas para explicar extensivamente la naturaleza del trastorno.
2. **Tratamiento con estimulantes.** La medicación mas usada para el tratamiento de TDAH es Ritalin (metilfenidato). En el 80% de los casos de TDAH, Ritalin ha sido reportado efectivo en mejorar los síntomas de falta de atención, impulsividad, hiperactividad. Los psicoestimulantes utilizados en el tratamiento del TDAH tienen su efecto en las vías de la norepinefrina(Pliszka, McCracken, & Maas,1996). Su acción aumenta el funcionamiento de los procesos de control ejecutivo, venciendo así los déficits de control inhibitorio y memoria de trabajo usualmente reportados en niños con TDAD (Greenhill, 1998). Estos efectos son breves debido a la rápida absorción de este tipo de medicación. El efecto de los estimulantes aparece 30 minutos luego de haberse ingerido, alcanza su pico entre 1 hora y tres horas después, y desaparece en 5 horas (Greenhill, 1998), haciendo que a veces sea necesario dar la medicación dentro de la escuela.Más de 170 estudios controlados con más de 6000 niños en edad escolar con una duración de no más de 12 semanas, han demostrado que 80 % de los niños responden positivamente a la medicina (Spencer, Biederman, Wilen, et al., 1996).
3. **Técnicas de modificación de conducta** para ser implementadas por los padres y maestros. Estas técnicas están dirigidas a disminuir las conductas disruptivas, la impulsividad y a aumentar las conductas apropiadas. Otra de las metas de estas técnicas es la de aumentar el rango de atención del niño.
4. **Entrenamiento en destrezas sociales**, que le permitir al niño interactuar adecuadamente con los compañeros de clase, de juego y también con los adultos.
5. **Educación remedial** (psicopedagogía) para los niños que también presenten dificultades en el aprendizaje.
6. Aunque no es indicado para el tratamiento de los síntomas fundamentales de falta de atención, impulsividad, e hiperactividad; **terapia individual** puede ser usada para trabajar con síntomas secundarios (baja autoestima, depresión, problemas familiares).

El tratamiento del TDAH debe estar diseñado tomando como marco de referencia su conceptualización como un trastorno del autocontrol, que posee una base biológica. Es por esta razón que los manejos conductuales dirigidos a ofrecer al niño estrategias de control interno mediadas por agentes externos (padres, maestros), con la finalidad de que el niño aprende a generar sistemas de autocontrol, son las intervenciones terapéuticas que gozan de mayor soporte empírico.El manejo de contingencias dentro del hogar son fundamentales, ya que ofrecen a los padres estrategias para controlar la conducta disruptiva del niño. Sin

embargo, es la medicación estimulante la intervención terapéutica con mejor efectividad en el tratamiento de niños con TDAH. Es importante, tener en consideración que el TDAH es un desorden con base biológica que justifica el uso de medicación para controlar el funcionamiento conductual y la ejecución del niño en las diferentes áreas evolutivas.

Un pediatra debe incluir en su repertorio de herramientas clínicas/diagnósticas, los elementos que permiten la identificación del TDAH en la consulta de niños sanos; debido a que este es un problema que afecta a la población pediátrica. De mayor importancia es que la identificación temprana garantiza un mejor pronóstico y por ende una mejor calidad de vida para el niño y su entorno.

## Referencias

1. American Academy of Pediatrics. Clinical practices guideline: diagnosis and evaluation and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. Vol. 105(5). 1149-1169 (2000).
2. Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18*. Burlington,VT:University of Vermont Department of Psychiatry.
3. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision*. Washington, DC., American Psychiatric Association
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC., 1994, American Psychiatric Association
5. Barkley, R. *ADHD and the nature of self-control*. New York, NY. The Guilford Press. 1997
6. Barkley, R.(1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York, NY. The Guilford Press.
7. Clements, S.D. Task force one: minimal brain dysfunction in children. National Institute of Neurological Diseases and Blindness, Monograph No. 3, U.S. Department of Health, Education and Welfare. 1966
8. Conners, C.K. (1998). Overview of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En. NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. November . National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.
9. Greenhill,L.L.(1998). Stimulant medication. NIH Consensus development conference on diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. November 16-18. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
10. Levin P.M. Restlessness in children, *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1938, 39, 764-770.
11. Hauser, P., Zametkin, A., Martínez, P (1993). Attention deficit hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *New England Journal of Medicine*; 328, 997-1001.

12. Montiel Nava, Cecilia. Psicología Clínica Infantil. Un enfoque conductual para la evaluación y tratamiento de los problemas de la niñez. Vadell Hermanos Editores C.A.- Fondo Editorial Universidad Rafael Urdaneta , 2002
13. Montiel-Nava, Cecilia; Peña, JA Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. Rev Neurol . Volumen 32 (6). 506. 2001
14. Montiel, C., Peña, JA., López, M., Salas, M., Zurga, J. Estimados de prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. Revista de Neurología (En prensa) Volumen.35 (11) 1019 . 2002.
15. Montiel-Nava, Cecilia; Peña Joaquín A., Espina, Gloria., Ferrer, María E., López, Angélica., Puertas, Sara., Cardozo, José, J. Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. Volumen.35 (3) 201 . 2002
16. Peña, Joaquín A., Montiel-Nava, Cecilia; El trastorno por déficit de atención-hiperactividad ¿mito o realidad? Revista de Neurología. Volumen.36(2), .0173. 2002
17. Pliszka, S.R., McCracken, J.T., y Maas, J.W. (1996). Catecholamines in attention deficit hyperactivity disorder: current perspectives. Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry, 35(3), 264-272.
18. Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Steingard, R., Geist, D. (1993). Nortriptyline in the treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder and tic disorder or Tourette's syndrome. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 350-3.
19. Still, G.F. Some abnormal psychical conditions in children. Lancet, 1902, 1, 1008-1012,.
20. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 1999a, 56,
21. The MTA Cooperative Group. Moderators and Mediator of Treatment Response for Children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 1999b, 56, 1088-1096.
22. Zametkin, A.J., y Ernst, M. (1999) Current Concepts: problems in the management of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. The New England Journal of Medicine. 340(1), 40-46.