

# EL NIÑO HIPERKINÉTICO

*Enf. Zurma Espinoza Peña\**

Adaptación de El niño hiperactivo Prof. J.G. Millichap

## RESUMEN

*El niño "hiperactivo", un fenómeno del siglo XX, ha sido reconocido mundialmente en el mundo médico, principalmente debido a los conceptos cambiantes de la educación y a la incapacidad de tales niños para ajustarse a un medio escolar regulado.*

*El síntoma de hiperactividad o hiperkinésia es la característica principal de la constelación de síntomas que componen los síndromes de "lesión cerebral" y "disfunción cerebral mínima". Suele ser un acompañante frecuente de los trastornos cognoscitivos y de la percepción en niños con incapacidades para el aprendizaje. También puede presentarse como una manifestación de ansiedad, de reacciones depresivas y de psicosis infantiles.*

## DEFINICIÓN

El comportamiento hiperactivo es un grado insólito de inquietud motora sin finalidad alguna, que no persigue ningún objetivo específico ni significativo. Esta excesiva actividad fortuita interrumpe la atención y la concentración del niño y perturba su capacidad para efectuar tareas estructurales. La incapacidad para mantener la atención sobre tareas y objetivos con un fin determinado es la manifestación del comportamiento que diferencia el niño hiperactivo del normal.

\* Enfermera especialista en Salud Mental  
Departamento de Psiquiatría  
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia

El síndrome hiperkinético se reconoce más comúnmente en el niño de edad escolar, aunque muchos padres se quejan acerca de inquietud motora tanto durante la lactancia como en la infancia. De hecho, algunas madres han previsto el nacimiento de un niño hiperactivo a partir de los excesivos movimientos fetales experimentados durante el embarazo.

La mejoría y el alivio del comportamiento hiperactivo y la reducción en el número de anomalías neurológicas asociadas puede esperarse en la segunda infancia y en la adolescencia, pero es común un residuo de algunos problemas del comportamiento y de dificultades para la percepción particularmente en el niño no sometido a tratamiento. Los niños no superan necesaria o totalmente su inquietud, sino que más bien la expresan de modos menos burdos o perturbadores. En algunos puede destacar todavía la distracción, la agresividad y la inmadurez emocional.

## FRECUENCIA

Aproximadamente el 4% de los niños de menos de 12 años de edad son hiperactivos o por lo menos uno en cada clase de una escuela. Los niños se ven afectados con una frecuencia de 3 a 6 veces mayor que las niñas. Algunas autoridades han estimado que el síndrome hiperkinético llega al 10% en los escolares entre los 5 y 12 años de edad. La aparición de niños hiperactivos con una disfunción cerebral mínima se reconoce en todo el mundo, pero la prevalencia consignada varía en diferentes países con menos del 0.1% en un estudio de niños de 10 a 11 años de edad efectuado en Gran Bretaña. La exactitud y comparación de estas estadísticas se ven afectadas por la edad de la población del estudio, la variabilidad de los sín-



dromes hipercinéticos y la falta de acuerdo sobre la definición de los criterios diagnósticos.

### TERMINOLOGÍA

Otros posibles términos para el síndrome del niño hiperactivo son los siguientes: síndrome hipercinético, disfunción cerebral mínima (DCM), lesión cerebral crónica, síndrome de Strauss, síndrome coreiforme de Pechtl, niño con desventajas de la percepción, niño con disfunción, niño torpe, niño disléxico, retraso de la maduración, inestabilidad orgánica, dificultades para el aprendizaje y trastorno por déficit de atención (TDA).

Ninguno de estos términos es totalmente satisfactorio debido a heterogeneidad o falta de uniformidad de la manifestación o causas del síndrome.

Muchas autoridades, particularmente neurólogos, considera útil el término "disfunción cerebral mínima" (DCM) para describir un síndrome más global. En esta definición se incluyen niños cuya inteligencia general puede oscilar entre la normal y la superior a la normal, con ciertas anomalías del comportamiento y/o del aprendizaje que van de leves a graves, que están asociadas con sutiles desviaciones de la función del sistema nervioso central o por varias combinaciones de falta de la percepción, la conceptualización, el lenguaje, la memoria y el control de la atención, los impulsos o la función motora. "La DCM" difusión cerebral mínima no es un trastorno simple discretamente definido, sino un complejo de síntomas, diversos en manifestaciones clínicas y en posibles etiologías. La hiperactividad es el síntoma más notable y el que se observa con más frecuencia, pues se presenta en el 75% de los niños afectados por "DCM" difusión cerebral mínima. Sin embargo, pacientes ocasionales con DCM pueden ser insólitamente plácidos e inertes y un 20% mostrar características de actividad normales.

Los psiquiatras prefieren el término "trastorno por déficit de la atención" (TDA) con o sin hiperactividad, destacando la poca atención y la facilidad para distraerse como componentes principales, mientras que los educadores han insistido en las "incapacidades específicas de aprendizaje" y una definición que no requiere necesariamente pruebas positivas de disfunción cerebral.

En el niño hiperactivo se observan con frecuencia sutiles deficiencias neurológicas, coordinación es-

pecialmente deficiente y dispraxias. Estos síntomas añadidos a los defectos de atención, percepción, conceptualización, lenguaje y memoria suelen contribuir a las ineptitudes para el aprendizaje del niño hiperactivo. Sin embargo, se sabe que un niño puede ser hiperactivo, aunque sin faltarle coordinación ni estar incapacitado para el aprendizaje y que un niño incapacitado para el aprendizaje no tiene por ser necesariamente hiperactivo en su comportamiento. En las discusiones y en las directrices para el tratamiento debe aceptarse una superposición de estos diversos síndromes y definiciones de términos.

### ETIOLOGÍA

La hipercinesia tiene muchas causas, algunas son conocidas, otras son supuestas y se basan en historias de complicaciones prenatales, perinatales o de lesión, infección y factores tóxicos durante la lactancia y la primer infancia.

También se sospecha de una base neurofisiológica o bioquímica, especialmente una deficiencia del metabolismo de las catecolaminas. Algunos psicoestimulantes usados para tratar la hipercinesia, tales como el metilfenidato, tiene como efecto un aumento en la concentración de dopamina. El deanol, otro tipo de estimulante, se convierte en acetilcolina dentro de las neuronas del sistema nervioso central.

Se han menciona docomo otras causas teóricas los factores genéticos y el retraso en la maduración cerebral. Los hermanos de niños hiperactivos tiene una incidencia superior de hiperactividad que los controles y se ha informado que los padres padecen de alcoholismo o de histeria con mayor frecuencia.

### Tratamiento del niño hiperactivo

Las directrices del tratamiento deben abarcar muchas facetas. Un enfoque único en el tratamiento del niño hiperactivo nunca es completamente satisfactorio. El tratamiento médico sin asesoramiento de los padres y sin educación correctora no tiene beneficios a largo plazo.

Entre los regímenes terapéuticos eficaces se incluyen los siguientes: asesoramiento a la familia del niño, modificación del comportamiento, conversaciones entre médico, padres y maestros, educación correctora y farmacoterapia.

Los padres a los que se les informa sobre un diagnóstico de disfunción cerebral mínima (DCM)

pueden tener sentimientos de culpabilidad y tender a la ansiedad. La explicación de la naturaleza de la DCM en términos neuroanatómicos y fisiológicos debería contribuir a desviar la responsabilidad principal de problemas de los padres al cerebro del niño y hacia una posible disfunción orgánica. El retraso en la maduración del sistema nervioso debido a algún factor nocivo es una explicación más aceptable que el uso del término lesión cerebral.

Convivir con un niño hiperactivo exige paciencia y comprensión. Las siguientes sugerencias a los padres pueden ser útiles:

1. alabar el buen comportamiento e insistir en las actividades con éxito para que adquiera la confianza en sí mismo;
2. fomentar hábitos bien estructurados, tranquilos y constantes de comida, juego, estudio y hora de acostarse;
3. hablar tranquila y lentamente y dar instrucciones sencillas;
4. usar apoyos visuales para reforzar las explicaciones y demandas verbales;
5. tener esperanzas realistas sobre el niño y evitar situaciones difíciles;
6. estimular el ejercicio físico y el juego con otros niños de la misma edad menos bulliciosos, pero insistir en períodos de descanso adecuados y regulares.

Tanto el médico como los padres y los maestros tienen su papel en el asesoramiento del niño. La psicoterapia se hace necesaria cuando la frustración emocional y la ansiedad son graves y no responden a medidas simples. Es útil el tratamiento y modificación del comportamiento mediante el uso de recompensas, particularmente si se apoya con farmacoterapia.

Los padres deben ofrecer amor y comprensión, alabar los éxitos y evitar críticas excesivas pero la tolerancia debe moderarse con una disciplina apropiada y consecuente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cantwell DP. Arch. gen. Psychiat. 1972, 27, 414.
2. Conners CK. En: Pediatric Neurology. Ed. JG Millichap. Pediat. Clin. N. Amer. 1967, 14, 749.
3. Laufer MW, Denhoff E.: J. Pediat. 1957, 50, 463.
4. Millichap. JG. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1973, 205, 321.
5. Millichap JG: The Hyperactive Child with Minimal Brain Dysfunction. Questions and Answers. Year book Medical Publishers. Chicago 1975.