

Pesquisa precoz de niños entre 0 y 3 años, con alta probabilidad de presentar déficit atencional e hiperquinesia

Dr. José Félix Nani

Docente Autorizado y Profesor Asistente de Pediatría U.B.A.

Creo necesario establecer inicialmente la diferenciación que menciona la Escuela Neuroevolutiva del Comportamiento Humano, entre el rol profesional del Médico Pediatra con formación y experiencia en el campo del Crecimiento y Desarrollo del niño y los especialistas Neuropediátricos, Paidopsiquiatras, la Psicología, la Pedagogía y los Educadores y de esa manera comprender alguna diversidad de criterios que observamos en publicaciones sobre temáticas similares, según sea la especialidad del autor y la etapa cronológica del niño en la que se realizaron las observaciones.

Refiere el prestigioso Neurólogo **C. Lamonte de Grignon que el Médico Pediatra es el "internista" del niño.** Lo conoce desde la perineonatología, la puericultura y es el consultado con mayor frecuencia en los primeros años de vida. Por esa razón debería ser el encargado de observar los posibles desvíos de la evolución esperada y a partir de allí, confeccionar un diagnóstico y de ser necesario, implementar la terapéutica correspondiente. La anamnesis del embarazo, el parto y el perinacimiento, nos permiten sacar conclusiones Es allí donde se requiere del profesional pediatra para hacerse cargo del paciente y conjuntamente realizar las interconsultas a tiempo y hacia los especialistas adecuados.

La Plasticidad del Sistema Nervioso Central es sumamente útil para restañar alteraciones generadas por diversas noxas que interrumpen el normal proceso evolutivo del ser humano, pero es en las primeras etapas de la vida donde se podrán obtener algunos resultados positivos. Por esta simple razón insistimos en el diagnóstico precoz, las interconsultas adecuadas y el tratamiento especializado, tratando de habilitar al pequeño paciente en la mejor forma posible.

Los problemas que se observan en la edad escolar tanto de aprendizaje como de conducta, **no nacen espontáneamente al contacto de esa nueva realidad.** Tienen habitualmente origen en la etapa precedente, que es el período fundamental en el que el cerebro está definiéndose anatómicamente y fisiológicamente y el niño comienza a aprender a utilizarlo. Esta es la razón de nuestra inquietud para el pesquisaje temprano porque considero que en estos tres primeros años de vida, observando cuidadosamente el desarrollo motor y conductual, podremos establecer si existirá o no la posibilidad de que en edad escolar, se complete el síndrome de A.D.H.D en este niño al que estamos haciendo mención.

El abordaje con el que evaluaremos a nuestros pequeños pacientes, requiere una formación e información que parte del conocimiento de las grandes escuelas del pensamiento que nos ayudan a interpretar el desarrollo humano, todas ellas válidas y generalmente complementarias. Sin esta premisa es sumamente difícil explicar, sacar conclusiones y posteriormente tomar decisiones.

Es necesario que estemos preparados para ver en su totalidad al paciente y no solo valorar sus vacunas, el aumento de peso y su alimentación.

En absoluto queremos decir que el médico pediatra deberá ser un especialista en áreas académicas que no le competen, pero sí que las tenga en cuenta constantemente cuando evalúa el proceso madurativo que generará el crecimiento y desarrollo del niño y de esa manera darle consejos y explicar pautas de crianza a los padres, corrigiendo y estimulando lo que creemos sea necesario en cada niño en forma individual.

Pasaremos a detallar muy escuetamente lo que a mi criterio se deberá tener en cuenta al considerar el proceso evolutivo del ser humano, desde la óptica de las diferentes escuelas psiconeurológicas.

a) El enfoque **Psicoanalítico, según Freud**. : es necesario indagar y tener en cuenta esencialmente los shocks en la historia de la primera infancia y de sobremanera **los afectivos**. Las experiencias vividas generan un camino y una resultante que incide fundamentalmente en la estructura de la personalidad del niño. (Recordemos que no podremos avanzar más allá en este tipo de interpretaciones, que deberán estar en manos del especialista convocado).

b) El enfoque **Psicobiológico, según Wallon**, evaluando los **estadios de descarga, de reflejos y autoestima, el estadio emotivo**, manifestado por el tono muscular y la función postural; el **estadio sensorio-motor**, en el que evaluaremos el andar voluntario **y el estadio del personalismo, la conciencia y la afirmación del yo**.

Para este autor, **el acto motor está íntimamente ligado al desarrollo mental posterior**.

De allí la importancia de obtener estos datos en el examen clínico habitual y de ser necesario, utilizarlos para realizar un diagnóstico y proponer un tratamiento, porque **la esfera motora, en los primeros 3 años de vida, es la expresión más rica de síntomas para evaluar en múltiples áreas a este niño**.

c) El enfoque **Psicogénico de Piaget**, que expresa la idea de evaluar la actividad **Sensoriomotor y la Representación**. La Asimilación lo lleva a explorar el medio y valiéndose de la Acomodación, que es la modificación de los esquemas construidos y existentes, se **llega a la Adaptación y con ella al proceso evolutivo de la vida mental**.

Todo el período **sensoriomotor** es dominado por lo innato, como lo son la succión, la prensión y la actividad corporal que se estructura sin la influencia de experiencias ajenas y es recién luego de aproximadamente el año y medio y hasta los cuatro años que puede utilizar la actividad interna o imitativa para ejercitarla fuera de su cuerpo.

Esta etapa es de significación cuando valoramos a los niños en su ritmo, sus comidas y sueños y observamos cómo se comportan ante la ausencia de los padres.

Es en estas instancias donde advertimos el desborde de los que en edad escolar, generarán la problemática conductual y del aprendizaje.

d) El enfoque **Descriptivo de Gesell** y posteriormente de A. Thomás, valora la idea de que el niño se desarrolla como un todo y la personalidad es una red organizada de estructuras del comportamiento social y personal.

El ser humano se asemejaría a una mano a la que la sociedad le coloca un guante con su intervención. La jerarquía anatómofuncional y la cualidad psicoafectiva de la metodología utilizada

en la crianza, generarán una unión que dará como resultado las percepciones, los juicios y conceptos individuales.

De este autor tomamos la descripción de **las pautas del comportamiento motor**, como lo son la postura, la locomoción y la evolución programada del proceso madurativo y **los aspectos sociales**, como lo son alimentarse, vestirse, jugar, la higiene y el aseo y desplazarse, todos están basados en el desarrollo psicomotor.

Una vez descritas estas posibles maneras de observar el desarrollo del ser humano, intentaremos relacionarlo con la pesquisa precoz de problemas que presentan niños que **tienen a nuestro criterio, alta probabilidad de ser en edades posteriores, pacientes portadores del trastorno de déficit atencional, trastornos del aprendizaje con o sin hiperquinesia y trastornos conductuales diversos (A.D.H.D.)**

Llamo la atención de que si el Médico Pediatra no posee una formación básica en el conocimiento de las diferentes escuelas que explican el desarrollo neuroconductual humano, será difícil que interprete las desviaciones del proceso evolutivo satisfactorio y por ende no podremos realizar la prevención adecuada en esta fundamental área del comportamiento.

Los pediatras observamos que estos niños presentan pautas locomotrices precoces, caminando antes del año de edad, lo que alegra a sus padres, pero a nosotros nos induce a seguir de cerca el desarrollo en esa área. Se suman los movimientos constantes, aparentemente sin objetivos, recogiendo y arrojando por ejemplo juguetes o cacerolas hacia cualquier lado, sin que esta actividad pueda ser relacionada con circunstancia alguna.

Muchos niños tienen esta conducta, que puede ser explicada epistemológicamente dentro del estadio sensoriomotor, como **reacciones circulares**. Pero en estos niños a los que nos referimos, todo es más notorio, más intenso y más desorganizado.

Por ello, **alimentarlos es un verdadero desafío** a la paciencia y **también llevarlos a dormir** es un gran problema, al igual que complacerlos y tranquilizarlos cuando están desbordados, semejando situaciones catastróficas.

En muchas ocasiones, observamos conductas impulsivas y agresivas, golpeando sin ton ni son con algún objeto tomado en sus manos, a muebles e incluso a sus familiares o a sí mismo, autoagrediendo. Es allí donde habitualmente la familia nos consulta, porque les extraña y asusta el comportamiento del niño, que no se parece al de otros niños conocidos o familiares con los que se los compara.

En estos accesos de ira, que no son un mero berrinche, reaccionan con violencia psíquica y física inesperada para un niño tan pequeño y tardan mucho en calmarse, quedando muchas veces agotados y dormidos en brazos de sus padres, luego de una agotadora faena.

Es notorio que en estos 3 primeros años de vida, se van perfilando lo que se denominan subgrupos de problemas disfuncionales y es así que los catalogaremos por la sintomatología concurrente y dominante.

La más frecuente es la de los **hiperquinéticos-impulsivos** que son aquellos a los que les es muy

difícil aceptar las reglas establecidas por la familia. No pueden quedarse sentados, ni aún para comer y entonces vemos a la madre corriendo detrás del niño que si es más pequeño, comerá a mano llena sin aceptar la cuchara y tirando la comida del plato. Les es difícil ver T.V. y no atienden ni les interesan los programas de canal para niños. Les gusta los que muestran violencia y agresividad, con lo que se potencian habitualmente.

También observamos aquellos que la hiperquinesia la demuestran por medio de hablar e interrumpir constantemente.

No tendremos que dejar de observar a los que desde pequeños, inician el camino de la desatención, que se olvidan todo y no encuentran ni sus propios juguetes ni recuerdan órdenes sencillas. Se desorganizan con mucha facilidad y en ocasiones aparecen como aislados y ensimismados en lo que les atrae y les gusta mucho, pero lo que no pasa por su interés, es desapercibido e ignorado para ellos.

Estos grupos de niños en general, presentan carácter cambiante y pasan fácilmente de la exteriorización del placer a la tosudez y conviven con la agresividad del displacer.

Quisiera dejar en claro mi pensamiento sobre una cuestión y esta es **que si recién después de los 3 años de vida se comienza a observar esta sintomatología , es muy probable que los trastornos no pertenezcan a un niño con A.D.H.D. sino a otra patología.**

Es tan grande el impacto que produce en nuestro pequeño niño el nuevo panorama que se le abre con la incorporación al Jardín de Infantes y por ende la socialización que bruscamente se le genera, tanto sea por la presencia de nuevos y numerosos compañeros de juegos y de la maestra, con su rol de madre sustituta durante el horario escolar. Agreguemos a esto lo sumamente importante que es la separación de su madre y de otros miembros de la familia, que no es extraña la aparición de conductas anómalas, no observadas con anterioridad e inesperadas en el núcleo familiar.

Podremos ver la aparición o exageración de algunos síntomas conductuales como la agresividad o impulsividad y también no es extraño advertir algunos componentes regresivos, como pueden ser el de perder el control ya adquirido de los esfínteres o chuparse el dedo o pedir volver a alimentarse con el biberón o estallar con ira descontrolada al presumir que la madre, por retirarse del colegio, lo abandonó en ese lugar.

Lo más probable es que esta sintomatología desaparezca o disminuya notoriamente si no se lo envía nuevamente al Jardín de Infantes, o se acepten las demandas que requiera y entonces sacaremos como conclusión que fueron factores emocionales y psicógenos los causales del desborde. Al desaparecer la causal que provocó la problemática y aceptarse las condiciones que impuso el niño, **todo vuelve como era antes.**

Esta situación no ocurre con la conducta que presentaría un niño con trastornos de A.D.H.D., que proseguiría con escaso cambio, a pesar de tratarse de resolver la problemática social que lo perturba. Los factores emocionales que mencionamos, podrían reagrar o hacer más notorios los síntomas, pero sigue siendo el impulsivo e hiperquínético y en ocasiones torpe niño que más adelante, en la edad escolar, presentará además, trastornos del aprendizaje.

Es indispensable, a los efectos de realizar un adecuado planteamiento, llegar al diagnóstico y allí es

donde tienen gran importancia **los antecedentes pediátricos y el informe de la maestra jardinera.**

Desde el comienzo de la deambulaci3n, son notorios los constantes tropiezos con muebles u objetos que se interponen en su marcha o camino y dejarán una secuela de magulladuras y heridas suturadas en estos atropellados ni1os.

Tambi3n observamos a esta temprana edad, otra forma de hiperactividad como lo es el componente **verbal**, tratando de interferir en la conversaci3n de los dem1s. Acompa1ando a esta conducta, no es extra1o ver esbozarse el oposicionismo, sintomatolog1a que en edades posteriores, ser1 uno de los mayores problemas de la personalidad del ni1o, cuando se pueda convertir en un **oposicionismo sistem1tico.**

Por intermedio de esta comunicaci3n quisiera hacer menc3n de los **denominados signos blandos o equ1vocos**, como lo son: la torpeza para atarse los cordones de los zapatos, abrocharse los botones, disponer de movimientos asociados minuciosos, hiperreflexia, asimetr1a de los reflejos profundos, agnosia digital, disdiadococinecia, temblores, lateralidad mezclada, perturbaci3n de la noci3n derecha- izquierda, defecto en el gui1o de ojos y finalmente marcha torpe.

Esta profusa sintomatolog1a representa la **Dispr1xia**, a la que queremos dar importancia a nuestro criterio y adem1s porque pensamos que es muy poco tenida en cuenta en la valoraci3n que se realiza habitualmente con los pacientes portadores del trastorno A.D.H.D.

En esta edad preescolar damos especial importancia a la habilidad o torpeza que presenta el ni1o en el 1rea de juegos y deportes y que resaltar1n al inicio escolar. **Las destrezas conllevan una valoraci3n social** y repercuten en el ni1o y su familia y el M3dico Pediatra es testigo de la poca aceptaci3n y disgusto que a los padres les produce un desempe1o no calificado del hijo y es indudable la incidencia que ello genera en la autoestima del ni1o, que soportar1 a menudo, comentarios descalificadores o negativos en general, por su comportamiento deportivo. La familia se entristece y en ocasiones se enoja porque el hijo no result3 ser un Maradona o alguno de los 1dolos deportivos en boga.

Todo el aprendizaje motor se realiza con dificultad, cost1ndole mucho esfuerzo para nunca igualar al compa1ero... Al darse cuenta que no pudo efectuar lo mismo dicen adi3s a todo, se desinteresan y aunque al inicio hab1an ido al club o al patio de juegos muy esperanzados de divertirse, desertan y no van m1s, habitualmente enojados o malhumorados. Queremos dejar en claro que el tratamiento no mejora la actividad motriz gruesa, pero algo en cambio lo mejora en los grafismos y algunas pr1xias. Pero el ni1o torpe, lo seguir1 siendo, a pesar de los ejercicios o entrenamientos suministrados.

Antes de finalizar, quisiera recordar brevemente como ser1 la sintomatolog1a que presentar1n estos ni1os al llegar la edad escolar, la adolescencia y probablemente en la edad adulta, con algunas modificaciones o compensaciones, a nuestro criterio.

Para ello seguimos el criterio del Manual de Diagn3stico Estad1stico (D S M IV), fundamentalmente en lo que es necesario tener en cuenta como lo es la sintomatolog1a espec1fica, aceptada universalmente.

Sabemos por los estudios mediconeurobiol3gicos, que la **etiolog1a proceder1a de perturbaciones del principal neurotransmisor de la zona periorbital del l3bulos frontal, la dopamina.**

Detallaremos a continuación en apretada síntesis la sintomatología: **Inatención, Hiperquinesia, Irritabilidad, Labilidad Afectiva, Desobediencia patológica, Incordinación Muscular y Trastornos del Lenguaje. Considero que la mayoría de los niños que presentan precozmente estos altos porcentajes de prevalencia de la sintomatología motriz y conductual descripta, desarrollarán posteriormente el trastorno A.D.H.D.**

Nos extraña que pocas publicaciones lleguen a dar la importancia a los que nosotros hacemos mención y solamente encontramos como explicación, el hecho de que el período y la edad de observación del paciente, son diferentes y además existiría la objetivación profesional de quién percibe la sintomatología clínica y sobre todo la conducta motriz **y a cuales de los signos considera de mayor relevancia, según sea la disciplina académica en la que se formó profesionalmente. En conclusión, quisiera resaltar que la motricidad es muy importante en el desarrollo de la conducta humana y es fundamental correlacionarla con el desarrollo mental del individuo en esta etapa de la vida (de 0 a 3 años).**

Conociendo las pautas del neurodesarrollo, el Médico Pediatra pesquisará alteraciones del comportamiento motor y emocional del pequeño niño y deberá correlacionarlo con las posibles alteraciones que aparezcan posteriormente.

Por ello hacemos hincapié en las descripciones que el síndrome tiene en los primeros años de vida, porque **el niño dispráxico también es impulsivo, irritable y disfórico desde los primeros meses de edad**, manifestaciones de la esfera motriz y conductual que con el transcurrir de los años, se modificaran cambiando, exagerando y potenciando la sintomatología, siendo a nuestro criterio partícipes de la misma entidad nosológica.

Es allí, en edades posteriores y fundamentalmente con las exigencias de la institución escolar, donde todo se agranda y la familia y la maestra lo ven y sufren y nos pedirán ayuda y tratamiento **Es entonces que convocados por la urgencia familiar y social**, intervendrán la Farmacología, la Neurología, la Psiquiatría, la Psicología y la Pedagogía.

Es nuestro criterio, luego de muchos años de dedicación al tema, que el **tratamiento sea multimodal** y tenga fundamental participación la medicamentación farmacológica, porque vemos que de no ser así, todos los esfuerzos Psicológicos y/o Pedagógicos realizados, **no serán útiles. O es en conjunto o el paciente no mejorará.** Existe todavía o desinformación o prejuicios o ignorancia al respecto y esta es la razón fundamental por la cual muchos niños que podrían rápidamente iniciar su mejoría integral, no lo hacen al no tener acceso al tratamiento adecuado.

Como decimos en otra publicación personal, **los medicamentos no curan pero modifican las conductas y las funciones.** Repitiendo las expresiones de L. Eisenberg diremos que "estas drogas no son la promesa de un salvoconducto a un mundo de felicidad, pero tampoco son un camino al infierno y bien utilizadas, ayudarán a alcanzar el desarrollo saludable de la personalidad de un niño "A este concepto nos adherimos".

Dr. José Félix Nani

Docente Autorizado y Profesor Asistente de Pediatría U.B.A.

E-mail: jfnani@hotmail.com