

## **TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN SU RELACIÓN CON EL APRENDIZAJE ASPECTOS MEDICOBIOLOGICOS DEL SÍNDROME A.D.H.D.**

Dr. José Félix Nani  
Docente Autorizado y Profesor Asistente de Pediatría U.B.A.

La creciente necesidad de adquirir habilidades para desempeñar un papel útil y efectivo en nuestra compleja sociedad actual, pone en relieve las dificultades que padece una proporción significativamente grande de niños en edad escolar.

Definimos el término Aprendizaje como "la modificación del comportamiento como resultado de la experiencia".

Consideramos, al igual que la Academia Americana de Pediatría en su comunicación del año 1980, que los problemas de aprendizaje se deben o conllevan, alteraciones en el funcionamiento de la Atención.

Definimos el término Atención como "un proceso activo por el cual seleccionamos la información procedente del ambiente o de nuestro propio organismo, para luego elaborarla y de esa manera determinar su trascendencia y finalmente emitir la respuesta más adecuada".

### **Mencionaremos algunas de sus propiedades:**

Un individuo es Consciente si tiene capacidad para Atender y cuando es necesario Modificar su Atención.

Existe tanto en el hombre como en los animales.

Presupone Percepción y Memoria.

Es variable desde el estado de Vigilia hasta el Sueño.

Es un proceso inherente al aumento de Complejidad del S.N.C.

Induce a modificar alguna acción ante posibilidades diferentes.

La Repetición constante de ciertos hechos, lleva a la Reducción de la Atención.

Cuando algún paciente tiene Atención Dispersa, recibe todos los estímulos a la vez, como cuando se observa un paisaje. Falta el proceso de Focalización o Reflejo de orientación, que responde a la pregunta: ¿De qué se trata? Esta reacción primaria del organismo ante cualquier estímulo, puede ser óptima o estar alterada.

Los Trastornos por Déficit Atencional, se caracterizan por Distracción, Corto tiempo de Concentración, Impulsividad, Deficiente Control de su Conducta e Hiperactividad.

Son presa de una actividad improductiva, con gran riqueza de movimiento, sin una finalidad aparente. A esta sintomatología la denominamos Hiperactividad o Hiperquinesia.

En estos niños la Hiperactividad, junto al Déficit Atencional, son los integrantes más llamativos de Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima, y que en un 80% de los casos clínicos, van asociados.

Es imperioso para ellos moverse, prefieren correr a andar, cambian permanentemente de actividades, que abandonan casi de inmediato.

Los problemas de disciplina surgen de la incapacidad de cumplir indicaciones, que presumimos oyó y entendió perfectamente. Esto le acarrea reprimendas o castigos frecuentes, tanto en su hogar como en el colegio. Sin embargo, nosotros creemos que si las oyó, no pudo atender las indicaciones.

Hay mucho de casual y no intencional en gran cantidad de accidentes, rupturas o destrucción de objetos domésticos, juguetes o utensilios que manipulan torpemente.

La persistencia y perseveración de estas conductas, se dan en los niños disfuncionados y también en respuesta a problemas de índole emocional, pero estas últimas mejoran cuando las causas que las produjeron se atenúan o desaparecen. Además responden favorablemente a la medicación ansiolítica o sedante suministrada al efecto.

Al niño Hiperquinético este tipo de drogas lo excitan, produciéndole un efecto paradójico, es decir inverso al esperado, generando clara diferenciación diagnóstica entre lo orgánico disfuncional y lo emocional.

En el Hogar, los padres se fatigan por la continua vigilancia y cuidados que requiere, volviéndose irritables e hipersensibles, sintiendo que el hijo interfiere en la dinámica conyugal y familiar.

En la Escuela, la desinhibición motriz manifestada por estos alumnos, hace que resulte difícil para ellos el acatamiento de normas y disciplina que se les solicita.

Al igual que en su familia, el profesor convierte al niño en el centro de todos los problemas que ocurren en el aula. El paciente que además de su hiperactividad conlleva una incapacidad para fijar su atención, falla en las tareas más sencillas, sin responder a las demandas concretas del Docente. Toda esta problemática ocurre en un niño que fracasa a pesar de tratarse de un alumno inteligente.

Una cuidadosa Historia Clínica, con los antecedentes del Hogar y la Escuela, nos ayudará a entender mejor a estos niños y de esa manera realizar el tratamiento y la derivación adecuada hacia los profesionales idóneos para resolver sus dificultades, sea cual fuere el o las áreas comprometidas.

La sintomatología es generalmente de larga data y ya en la primera infancia tenemos señales de los futuros problemas en la actividad escolar o conductual. Algún desempeño madurativo deficiente o tardío o la referencia de un retardo en la adquisición del lenguaje, nos pondrá en sobreaviso.

Quiero hacer notoria la diferencia existente entre niños con Trastornos de Aprendizaje por Déficit Atencional, de aquellos que presentan las denominadas Alteraciones Específicas del Aprendizaje, a los que las técnicas terapéuticas y farmacológicas propuestas en esta comunicación para el Déficit Atencional, NO favorecen.

Consideramos que estas Alteraciones Específicas, están representadas por gran dificultad en la adquisición de habilidades académicas como lo son la lectura de palabras, la ortografía, escritura y operaciones aritméticas, mientras que la asimilación de la información general es buena.

Algunos de los errores más frecuentes observados en estos alumnos, es el de invertir letras y palabras.

En general no presentan grandes dificultades en el área de la Atención y no son Hiperquinéticos, pero en algunas oportunidades podemos observar que las sintomatologías se superponen y tendremos sumo cuidado para discriminar adecuadamente a quien corresponde y con que técnicas abordaremos el tratamiento.

Resumiendo diremos que las Alteraciones Específicas del Aprendizaje se caracterizan por alteración en la concepción del tiempo y el espacio, mala lectura y escritura con faltas ortográficas, inversión de letras y palabras y lentitud en la adquisición de las habilidades matemáticas.

Habiendo realizado estas aclaraciones y diferenciaciones, nos seguiremos ocupando de los niños con Trastornos de Aprendizaje por alteraciones de la Atención.

## **ANTECEDENTES CONDUCTUALES**

Nos referiremos a las manifestaciones en los primeros momentos del desarrollo y que preanunciarán al futuro paciente distráctil o hiperquinético de la edad escolar.

Así en los primeros meses de la vida, los problemas pasan por la imposibilidad de conciliar el sueño, con largas vigias del niño y sus padres. Algunas veces se agrega una conducta irritable, llanto y cólicos abdominales de difícil resolución.

En los años de Guardería y Jardín de Infantes, se manifiestan frecuentes accidentes y caídas dentro de una actividad desordenada. Las mamás los describen como "torpes e inquietos" y la Maestra jardinera comienza a advertir a las familias las dificultades futuras.

La Hiperactividad se agrava en el final del pre-escolar y al inicio de la Escuela Primaria. Allí comienza la preocupación familiar porque aparece el "gran fantasma" de las expectativas de los padres: El Fracaso Escolar.

La mayoría de los niños son traídos en esta etapa de la vida a la consulta Pediátrica, al advertirse la dificultad que pone muy ansiosa a la familia.

En su gran mayoría son varones y es frecuente hallar entre sus progenitores o familiares cercanos, antecedentes conductuales similares. La Hiperquinesia se modera a medida que nos acercamos a

la Adolescencia, pero la Atención lábil persiste, de allí que siguen manifestándose los problemas en el aprendizaje, al igual que su inmadurez emocional, que más adelante podrá transformarse en alteraciones de la Conducta Psíquica y Social.

Hemos observado que los trastornos de la Atención sin Hiperquinesia, tienen mucho mejor pronóstico evolutivo y la mayoría consigue terminar sus estudios sin inconvenientes. Les es más fácil adaptarse a la vida Social y Laboral y si poseen una inteligencia normal o superior, esta situación es aún más favorable. Pero juega en contra del diagnóstico precoz la ausencia de la Hiperquinesia, que en general motiva la consulta al médico especialista.

### **SINTOMATOLOGÍA GENERAL DEL SÍNDROME A.D.H.D.**

Estos niños presentan un conjunto de variados signos y síntomas, todos ellos expresiones clínicas de falta o impedimento en el Desarrollo Neurológico, que al desorganizar la normal evolución biológica, impiden un adecuado orden Físico, Emocional, Cultural y Social.

#### **Pasamos a detallar la sintomatología:**

##### **INATENCION**

Hiperactividad sensorial

Distracción

##### **HIPERQUINESIA**

Hiperactividad motora

Hiperactividad verbal

Trastornos del sueño

Agresividad

Destruktividad

##### **IRRITABILIDAD**

Conducta impredecible

Baja tolerancia a la frustración: rabietas, berrinches y reacciones catastróficas

##### **IMPULSIVIDAD**

Conducta antisocial

Enuresis, encopresis

Temeridad

### **INCOORDINACION MUSCULAR (DISPRAXIA)**

Torpeza corporal

Disgrafía

Ineptitud deportiva

Disartria, dislalia

### **LABILIDAD AFECTIVA (DISFORIA)**

Deficiente autoestima

Anhedonia

Ansiedad

Depresión

### **DESOBEDIENCIA PATOLOGICA**

Incomprensión de órdenes

Repetición de la falta

Incomprensión del castigo

### **TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE**

Dislexia

Problemas visomotores

Disociación

Inversión del campo visual

Perseveración

Memoria deficiente

Pobreza de la imagen corporal

Esta sintomatología descrita no se da habitualmente en forma tan florida y completa, pero el observador advertido encontrará la pertenencia de signos y síntomas que configuren el Síndrome A.D.H.D.

Pasamos a describir la Sintomatología Clínica y Conductual.

### **INATENCION:**

La inatención sería el resultado de una perturbación del proceso cerebral normal que impide y obstaculiza este mecanismo tan importante para el aprendizaje. La inatención está relacionada con la actividad sensorial. El niño con A.D.H.D reacciona ante todos los estímulos ofrecidos.

Tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente los preceptos y las ideas, con lo que éstos adquieren una importancia uniforme, porque el niño presta la misma atención tanto a lo esencial como a lo secundario.

No parece escuchar las indicaciones y en general, no completan la tarea escolar.

Al no poder concentrarse en el trabajo y en diversas tareas que le imponen sus obligaciones, esto es reflejado en sus calificaciones y conceptos de sus maestros y profesores. Pero también en los juegos, les es muy difícil adaptarse a los códigos y normas de cada uno de ellos.

Esto hace mostrar al niño ante sus maestros como si fuera deficiente mental, cuando en realidad son niños con inteligencia normal.

Tienen descendida la capacidad de hacer prevalecer la Direccionalidad y Focalización de la Atención, que es la que nos incorpora la posibilidad de aprender, jerarquizando la globalización espontánea, es decir aquella que capta estímulos variados en calidad e intensidad y que los desvía del objetivo primordial, cuál sería la utilización adecuada del proceso enseñanza-aprendizaje, tema que nos compete a esta presentación.

Creemos que esta particularidad pone el sello específico del Síndrome de Dificultad Atencional.

### **HIPERQUINESIA O HIPERACTIVIDAD:**

Es un estado de movilidad casi permanente que el niño manifiesta desde pequeño. Se origina en su interior y se manifiesta en todas las actividades de su vida.

Hay autores que explican la Hiperactividad a partir de la perturbación de la Atención, aduciendo que el niño no puede dejar de responder a los estímulos que percibe y de allí los movimientos y acciones cambiantes e incesantes, que lo tornan conductualmente molesto e irritante, a la vez que de difícil contención organizativa social y escolar.

La Hiperactividad motora no conlleva realizar acciones productivas, sino al contrario, no termina nada de lo mucho que inicia.

Es corredor y trepador, no elige estar sentado y es muy difícil mantenerlos entretenidos. Hemos observado que si los estímulos son muy intensos e interesantes, como por ejemplo, la computación o programas televisivos elegidos por él, puede llegar a concentrarse algún tiempo y sacar conclusiones útiles.

### **IRRITABILIDAD:**

Tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o enojo.

Se observan dos formas sintomáticas derivadas de su tendencia irritativa. Por un lado, el niño muestra escaso control sobre su conducta y ésta se vuelve impredecible a la vista de los adultos. Pero también observamos una baja tolerancia a las frustraciones que se manifiestan con rabietas y berrinches exagerados.

Al no ser complacidos en lo que desean, pueden terminar en crisis de tanta importancia, que los padres pierden muchas veces la paciencia y los reprenden o castigan, generando reacciones agresivas y no buscadas por sus progenitores.

### **IMPULSIVIDAD:**

Es la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta. El niño hace lo que el impulso le indica, sin medir las consecuencias de sus actos.

Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción a sus demandas. Actúa sin pensar ni evaluar el resultado de su proceder.

La impulsividad incluye lo que podríamos denominar "conducta antisocial", que está integrada por agresividad y destructividad.

Es notorio que interrumpa las conversaciones, se adelante en las respuestas y que en los juegos grupales no espere su turno.

También vemos como valor agregado, sintomatología relacionada a la patología emocional, como lo son la enuresis y algunas veces encopresis.

Al cometer actos que deriven en agresividad, son niños demasiado frecuentemente castigados y muchas veces confundidos con psicópatas, aunque no lo son.

Requieren estar sujetos a constante supervisión y aún así, no podremos garantizar un control en su conducta.

### **INCOORDINACION MUSCULAR O INMADUREZ MOTORA:**

Necesitan estar sujetos a constante supervisión, la cual no siempre es efectiva.

Algunos de los niños hiperquinéticos tienen un desarrollo motor aceptable, pero lo habitual es que exhiban torpeza general, la que involucra tanto a los movimientos gruesos como a los finos.

Son frecuentes las caídas y golpearse contra muebles. Su poca seguridad para retener cosas entre las manos, los hace poco confiables para transportar objetos frágiles, etc.

La incoordinación para los movimientos finos se descubre fácilmente en la caligrafía, así como también dificultades para abotonarse la camisa, recortar figuras, etc.

Hay alteraciones en el rendimiento general y en la coordinación ojo-mano, y se perciben dificultades en el equilibrio.

La dispraxia como conviene llamar a esta forma de incoordinación, cuando acompaña a los síntomas más frecuentes de la disfunción, adquiere una significación importante y su reconocimiento contribuye sin duda al diagnóstico.

La tendencia de estos niños a responder forzosamente a todos los estímulos, se refleja en su interés y atracción por detalles mínimos e irrelevantes.

Se manifiesta de esta forma una incapacidad para organizar jerárquicamente los estímulos, de tal manera que todos adquieren una importancia similar, y con frecuencia la atención se dirige más hacia lo superfluo que a lo esencial.

A partir de esta incapacidad el niño puede adoptar una actitud de OBSESIVIDAD, que se traduce como una conducta PERSEVERATIVA.

La perseveración puede pasar desapercibida, pero habitualmente está presente.

La demanda de atención que exhiben, se traduce en una conducta repetitiva, estereotipada y a veces compulsiva.

#### **LABILIDAD AFECTIVA:**

Es el resultado de la conducta imprevisible. La irritabilidad, la hiperactividad y la agresividad son síntomas pertenecientes a la esfera afectiva.

Entre otros trastornos del campo de lo emocional podemos citar la disforia, la cual se caracteriza por la anhedonia, la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad.

La anhedonia es la incapacidad para experimentar placer. Los niños pueden mostrarse sobreexcitados, pero la cualidad misma de la vivencia no es la adecuada para la situación que se vive. Difícilmente se le puede satisfacer completamente, siempre quiere más u otra cosa.

Es frecuente observar la presencia de los llamados equivalentes depresivos o bien de la depresión enmascarada que juegan un papel importante en la evolución y el pronóstico del Síndrome A.D.H.D.

Con referencia a su baja Autoestima, se observa que los niños mayores y los preadolescentes con A.D.H.D., frecuentemente se consideran a si mismos incapaces, diferentes, malos e inadecuados, generando alteraciones importantes en la estructura de su personalidad. Recordemos que muchas veces escuchó decir que él es inteligente y capaz, pero en los hechos esas posibilidades no se les dan.

#### **DESOBEDIENCIA PATOLOGICA:**

Son desobedientes, pero su actitud y limitaciones establecidas por los adultos que tienen autoridad sobre ellos, no es la de quien desobedece a sabiendas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino la de quien no ha comprendido la prohibición y su significado, ni mucho menos la necesidad de acatarla.

El niño comete una y otra vez la misma falta sin tratar de ocultarla y sin comprender por qué se lo castiga.

De hecho, se muestra sorprendido cuando se le llama la atención, considerándose injustamente tratado y responde con conductas desmedidas a los ojos de los demás.

Las madres suelen decir "mi hijo no es capaz de obedecer después de una explicación y una amenaza"; "apenas me doy vuelta, ya está haciendo lo que prohibí".

"Con mi hijo no valen los golpes, ni los castigos, simplemente no registra lo que prohibo".

Cabe decir que ni siquiera es una verdadera desobediencia, ya que difícilmente se desobedece una orden que NO se ha comprendido.

Esto se corresponde con la incapacidad que tienen muchos de estos niños para comprender órdenes verbales.

#### **TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE:**

Están casi siempre presentes. Generalmente hacen que un maestro que desconoce el cuadro clínico, llegue a la conclusión prematura de que el niño sufre un retardo mental verdadero.

Se pueden mencionar dos tipos de obstáculos para el aprendizaje que inciden es este pseudo retardo.

La hiperquinesia misma asociada a la incapacidad para la focalización de la atención y que reduce el tiempo que el niño dedica útilmente a su trabajo escolar y a las tareas en su casa.

La existencia de verdaderos desórdenes en el proceso cognoscitivo, como lo es la disociación y la falta de concentración.

Se trata de la incapacidad para ver las cosas como un todo, como una GESTALT.

Se reconoce fácilmente en los tests visomotores, porque está relacionada con otras incapacidades como la de traducir estímulos visuales en actos motores.

El niño no integra los detalles de un percepto en una totalidad o "figura acabada", por eso es que no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan como estímulos visuales.

### **POSIBILIDADES ETIOLOGICAS**

Al referirnos a los Problemas de la Atención, debemos destacar causales de trastornos neurológicos que pueden ocasionarlos por ejemplo la mala nutrición.

Aunque el número de neuronas no se afecte, las agresiones al S.N.C. en la primera infancia, específicamente antes del segundo año de vida, pueden provocar diversos tipos de alteraciones, como lo son la disminución de hasta un 40% de las sinapsis neuronales. Estas interconexiones no se reactivan por mejor alimentado que el niño sea posteriormente.

De allí que el Déficit Atencional y la incoordinación motora que presentan estos niños, tienen íntima relación con los trastornos que surgen del mal funcionamiento cerebral y esencialmente cerebeloso. El cerebelo ejerce una función reguladora cuanti y cualitativa de las funciones superiores de la corteza cerebral.

En animales de experimentación también se demuestra que la desnutrición y la anoxia, influyen sobre las funciones jerárquicas y observamos una manifiesta irritabilidad y modificaciones en el área del comportamiento social y menor motivación conductual.

Creemos también que quienes preconizan la etiología Genética del Déficit Atencional, tienen sus razones muy valederas para hacerlo. Numerosos miembros de una misma familia suelen presentar alteraciones del Aprendizaje con Inteligencia Normal o Superior. Podría descartarse el factor Ambiental porque se estudiaron familias con hijos Adoptivos que no tenían los referidos problemas, y sí con los hijos propios del matrimonio.

Los alumnos de clases sociales bajas, presentan sin lugar a dudas, mayores dificultades y creemos que la alimentación deficitaria, al igual que el ambiente pobre en estímulos, son los causales fundamentales. Esta falta de motivación y la desorganización en que sobreviven, generan la denominada Cultura de la Pobreza en la que el niño se desarrolla con altísima probabilidad de no salir jamás.

En otra presentación nuestra, jerarquizamos el alto número de niños disfuncionados en la población escolar de una Escuela de Sordos e Hipoacúsicos y en ella demostramos estadísticamente que aunque la indemnidad neurológica por sí sola No Garantiza la Oralización de los niños discapacitados auditivos, la Disfunción Cerebral, al igual que la lesión Cerebral, agravan el pronóstico de la misma.

Las posibilidades de Aprendizaje y Lenguaje se ven seriamente perturbadas cuando se agrega otro factor a los que provocaron los retardos audiológicos.

**Entre las causales postnatales más frecuentes de alteraciones Neurológicas distinguiremos:**

Las enfermedades infecciosas de los primeros años de vida, como lo son las meningoencefalitis, el sarampión, el coqueluche, escarlatina y neumonías, entre otras.

Los traumatismos craneanos.

Secuelas de ictericia perinatal.

Neoplasias cerebrales.

Anoxias accidentales.

Deshidrataciones agudas, habitualmente por gastroenteritis.

La desnutrición o malnutrición, etc.

Desnutridos fetales.

Estas patologías alteran habitualmente el órgano de mayor jerarquía del ser humano: el Cerebro. De allí que quiero resaltar con sumo cuidado que los trastornos del aprendizaje tienen como radicación esencial el Sistema Nervioso Central. El régimen escolar deficiente, la discriminación racial o social, el hogar inestable, son factores que perturban y reagravan, cuando están presentes, el pronóstico adaptivo y evolutivo. Pero no son indispensables para la presencia del Trastorno de Aprendizaje.

El Cerebro es el que al no estar en perfectas condiciones, produce o en su defecto no puede impedir, las dificultades descritas y que aglutinamos como trastornos de Aprendizaje por dificultad Atencional.

La Oficina Nacional de Educación de los Estados Unidos, en el informe denominado "National Project of Nominal Brain Dysfunction in Children", reafirma la tendencia a interpretar que los términos: Disfunción Cerebral Mínima y los Trastornos de Aprendizaje por Alteraciones de la Atención, son caras de la misma moneda y pueden ser utilizados indistintamente. Adherimos plenamente en lo conceptual y terapéutico.

## **TRATAMIENTO**

La mejor terapéutica deberá siempre ser precedida de un diagnóstico lo más acertado posible. El diagnóstico diferencial se basará en el descarte de las alteraciones Psicógenas y algunas formas de Epilepsia, al igual que muchas otras alteraciones del S.N.C. no tan frecuentes como las antedichas, pero de posibilidad cierta.

De allí la necesidad de indicar estudios complementarios correspondientes (electroencefalograma, tomografía axial computada, tests tales como el Wisc revisado para niños. Nivel de Pensamiento, C.I. Bender, Psicodiagnóstico, etc.)

No debemos olvidar que los Débiles Mentales, también pueden semejar por su sintomatología al niño distráctil.

Los estudios Psicológicos, Psicopedagógicos, Foniátrico, Kinésico y de todas las disciplinas reeducativas correspondientes, desarrollarán el Diagnóstico Integral, así como luego generarán las terapéuticas para la rehabilitación del pequeño paciente, según sean las áreas afectadas que puedan o no acompañar al Síndrome A.D.H.D.

Creemos que escuchar la opinión de padres y maestros, es indispensable para componer una Historia Clínica de utilidad práctica.

Vemos con mucha frecuencia que niños en tratamiento con profesionales especializados, no progresan ni responden acorde a las expectativas de sus terapeutas, de sus maestros y de sus padres.

Es allí donde creemos que se distinguirá mejor el motivo de esta comunicación, dado que estos pacientes, al recibir medicación farmacológica adecuada, mejoran su disposición para incorporar las técnicas terapéuticas que necesitan e incrementan su autoestima, el rendimiento escolar y conductual.

Los medicamentos Psicotrópicos No Curan pero modifican conductas y funciones, lo que hará posible la acción terapéutico-reeducativa, al aumentar los períodos de Atención y disminuir la Hiperquinesia e Irritabilidad.

El manejo medicamentoso del niño hiperquinético, nace con las observaciones de Bradley en 1937. Se basa en la acción Paradojal de la respuesta clínica que presentan algunos niños ante la medicación Estimulante Cortical.

Actualmente el arsenal terapéutico parte de esa observación, pero con medicamentos novedosos. Las primeras drogas utilizadas fueron las Anfetaminas, (Benzedrina y Dexedrina, en desuso actualmente). El Metilfenidato, Pemolina Mg., Citicolina e Imipramina son en la actualidad, lo preferido, dado que el intenso uso demuestra eficiencia y seguridad de manejo.

Las Dosis utilizadas no tienen relación, como ocurre genralmente en Pediatría, con el tamaño corporal, sino con el control evolutivo y la eficaz respuesta terapéutica.

Utilizamos también otra clase de medicamentos de acción variable, es decir, que se requerirán de acuerdo a las necesidades, asociados a los estimulantes corticales.

**Ellos son:**

Antidepresivos

Tranquilizantes Menores (difenhidramina, metrobamatós, cloriazepóxidos, diazepam)

Tranquilizantes Mayores

Anticonvulsivantes (difenilhidantoína, carbamazepina, fenobarbital, primidona, etc.)

Hay otro grupo de medicamentos que son potencialmente valiosos acompañando el tratamiento. Son el haloperinol, properciazina, carbonato de litio, etc.

Existe una tendencia terapéutica muy novedosa a la cual nos adscribimos muy esperanzados, cual es la de administrar "precursores de aminas biógenas cerebrales", con el fin de equilibrar las sustancias neurotransmisoras que en estudios de dosificación urinaria (aminograma urinario) se encuentran descendidos con respecto a niños que no padecen de A.D.H.D. Este sería un camino prácticamente inocuo para el paciente y tiende a suplir los déficit probables que ocurren en la metabolización y utilización de ciertos neurotransmisores como la Dopamina, Fenilalanina, Adrenalina y Nordrenalina.

La literatura mundial, las observaciones personales y los informes recogidos en Congresos Internacionales, nos lleva a advertir sobre algunos injustos comentarios sobre el uso de Estimulantes Corticales con Fines Medicamentosos. Ellos son a saber: a) No se describe en la literatura, farmacodependencia debida al uso medicamentoso de estos estimulantes, cuando se trata de niños que no llegan a la edad preadolescente; b) Puede ocurrir que en los primeros días recrudescan los síntomas, pero luego se observará la esperada sintomatología moderadora; c) La anorexia, pérdida moderada de peso o insomnio ocasional, son los efectos desagradables más citados, y ajustando las dosis en forma adecuada, podrán evitarse los efectos indeseados.

Bajo nuestro control, niños con 5 o más años de tratamiento médico y reeducativos, realizados en forma conjunta han mejorado notablemente la adaptación al hogar y a la escuela.

Otras veces al lograrse más rápidamente estos objetivos, con efectos terapéuticos sumamente beneficiosos y sin necesidad de reiniciar el tratamiento no se insistió con la medicación y prosiguieron su desarrollo adaptativo.

Existe una referencia de Eisenberg L. En "Special Reference to Stimulente Drugs" American Journal New York 1971, donde asegura que "las drogas no son la promesa de un salvoconducto hacia un mundo feliz, ni representan el camino hacia el infierno. Usadas como un simple y útil componente de un programa integral de tratamiento, pueden ayudar a alcanzar el desarrollo saludable de la personalidad del niño".

Por último no debemos olvidar que todo alumno con trastornos del Aprendizaje debido a déficit Atencional e Hiperquinesia, trae consigo una historia de Mala Nutrición Social, lo que habitualmente los margina consiguiendo que su inadaptabilidad genere grandes dificultades al no lograr los resultados esperados por sus profesores, sus familiares y por él mismo.

De allí que todo esfuerzo multidisciplinario, sin exclusiones de ninguna naturaleza, deberá ser utilizado para su rehabilitación y adaptación a la Sociedad.

## **RESUMEN**

En esta presentación, deseo manifestar a los Profesionales y Pedagogos ligados al tratamiento de los pequeños pacientes que presentan trastornos de la Atención e Hiperquinesia, y que además conllevan alteraciones en el Aprendizaje y la Conducta, que nuestra experiencia, avalada por comunicaciones extranjeras y de autores nacionales, sugiere incorporar a los tratamientos reeducativos específicos, ya sean Psicopedagógicos, Psicológicos, Foniátricos, Kinésicos, etc., y

luego de una adecuada evaluación e indicación médica, fármacos que ayuden a generar conjuntamente, modificaciones que induzcan a una más rápida y eficaz evolución del niño en tratamiento.

## **SUMMARY**

In this presentation I wish to manifest to the professionals and pedagogues related to the young patients treatment which present attention disturbance and hyperkinesia and also lead to alteration in the acknowledgment and conduct, which our own experience endorsed by foreign communications and of national authors, suggest incorporating to the specific reteaching treatments (either psychological, psychopedagogical, phoniatric or kinesic, etc., and after an adequate medical evaluation and indication) pharmac which help to generate medical all together modifications able to induce a quicker and more effective evolution of the child in treatment.

I also want to add that they are neither the deficient School regime nor the bad treatment, society, social or racial discrimination, unstable home, the responsables of the apprenticeship disturbance essence, these are indeed important enclosing factors which over-aggravate the problem when they are present.

I consider that the fundamental concept I am exposing is that the apprenticeship disturbances have as essential localization the child's central nervous system.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ender (L) "The Brain and Child". Behavior Archives of General Psychiatry. New York 1961.
- Bradley © "The Behavior of Children Receiving Bazedrine". American Journal of Psychiatry 1936.
- Campbel (M.J.) "Correlatives Physiology of the Nervous System". Academic Press Inc. London 1980.
- Cravioto (J) "Aminoacid Protein Malnutricion on Mental Development" Mc Graw Hill Book. New York 1967.
- Dow and Moruzzi "The Physiology and Pathology of the Cerebellum". Minneapolis U. Press 1958.
- Dworkin (P) "Fracaso Escolar". Pediatrics in Review. Academia Americana de Pediatría. New York. Vol. 10 Enero 1980.
- Fejerman (N) "Disfunción Cerebral Mínima". Actualizaciones Rev.Soc.Arg. de Pediatría 1975.
- Feldman (J) "Problemas de Aprendizaje: Algunas antinomias conceptuales". Buenos Aires, Fonoaudiológica 37-1 1991.
- Fish (B) "The one Child, one Drug Myth of Stimulants in Hiperkinesis". Archiven Psychiatry 1975.
- Gesell (A) e Ilg (F) "Diagnóstico del Desarrollo". Buenos Aires. Paidós 1962.
- González Seres (M) "El fracaso escolar de los hijos". Madrid Quorum 1986.
- Hernández (V.C.) "Aspectos electroencefalógicos del Daños Cerebral Mínimo". Revista Clínica de la Conducta. México 1968.
- Koupernik © "Indicación de los tratamientos Biológicos y Medicamentosos en Psiquiatría Infantil". Messon 1970.
- Lamote de Grignon © "Neurología Evolutiva". Barcelona Salvat 1980.
- Nani, (J.F.) "Crecimiento y Desarrollo" Qué no hacer en Pediatría. I. Kofman Buenos Aires Celcius 1990.
- Nani, (J.F.) "Enfoque pediátrico respecto al nuevo perfil que presentan niños con Discapacidad Auditiva". Buenos Aires Fonoaudiológica 33 años 1987.

Nis Wander (K) "Asfixia en el Feto y Parálisis Cerebral" Year Book Obstetricia y Ginecología, Medical Cent. Sacramento 1986.  
Rebollo (M.A.) "Disfunción Cerebral Mínima". Montevideo Delta 1972.  
Strauss (A.A.) "Psychopatology and Educations of the Brain Injured Child". New York. Stratanco 1947.  
Velasco Fernández ® "El niño Hiperquinético". México. Trillas 1980.  
Rosan (T) Mesones (H) "Trastornos por déficit atencional" Buenos Aires Revista Clínica Neuropsiquiátrica. Año VIII Vol. 6 N° 22 1997.

Dr. José Félix NANI

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

jfnani@hotmail.com