



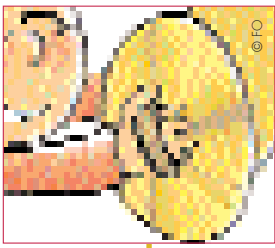
El niño agitado



Adaptación
Dr. Jorge Manresa
Pediatra - Homeópata



© FO*



Introducción

Los trastornos del comportamiento del niño representan un motivo de consulta cada vez más frecuente para el pediatra y el médico generalista ¿Ha aumentado la incidencia? ¿Existe una mejor información en la población?

Entre esos trastornos, "la agitación", "la hiperactividad", "el nerviosismo", según las palabras empleadas por los padres, están en el origen de una demanda de tratamiento.

Para el médico, pediatra o generalista, distinguir lo normal y lo patológico, establecer un diagnóstico precoz y a menudo tranquilizar, es un trabajo difícil.

El médico es el primer interlocutor de la familia, que espera de él un diagnóstico, una respuesta a las preguntas y sobre todo, una solución al problema.

Los trabajos de estos últimos años han aportado numerosos cambios en el modo de tratar a estos niños con:

- las anfetaminas, en el caso de hiperactividad con problemas de atención,
- los neurolépticos, en los casos resistentes a las anfetaminas,
- la homeopatía como primera intención en los niños agitados, con buenos resultados según nuestros últimos estudios.

En el caso de la combinación de un neuroléptico con homeopatía, la acción del tratamiento homeopático permite disminuir a la mitad las dosis de neurolépticos.

Finalmente, tras el tratamiento con anfetaminas, el relevo homeopático es indispensable.

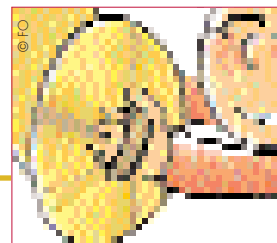
Los avances son importantes y deben ir a la par con los estudios clínicos y las descripciones sintomáticas, como lo muestra este cuaderno claro, documentado y preciso.

Profesor Régis de Villard

Hospital Neurológico - Lyon

Diciembre 2003

Índice



Coordinación: Dra Marie-France BORDET
Directora de Institut Boiron

El niño hiperactivo

Prof. Régis de VILLARD

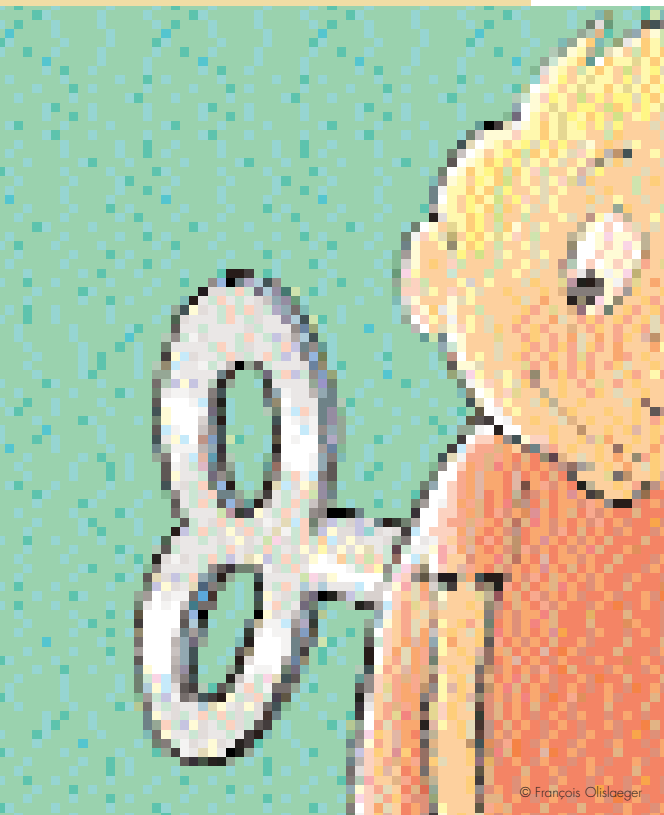
Abordaje homeopático
del niño agitado

Dra. Marie-France BORDET

Bibliografía

*Dibujos de cubierta e interior: François Olislaeger (© FO)
Muñeco de plastilina de la cubierta: Françoise Guillon*

El niño hiperactivo



© François Olslaeger

- El niño hiperactivo:
enfoque terapéutico
- Función del metilfenidato*

Prof. Régis de VILLARD

Hospital neurológico - Lyon (Francia)

*
Doctor O. REVOL: Facultativo hospitalario
Profesor R. de VILLARD: Jefe de servicio
Hospital Neurológico, servicio de Psiquiatría Infantil - 59 Bd Pinel - 69003 - LYON
(Comunicación presentada durante las 5^{as} Jornadas del Institut Boiron, los días 8 y 9

Introducción

La inestabilidad psicomotriz del niño está descrita desde principios de siglo, en particular por los autores anglosajones. Se han sucedido diferentes terminologías, en función de las descripciones y de las hipótesis etiológicas (hipercinesia, inestabilidad psicomotriz, Desorden Cerebral Menor...). La definición actual, propuesta por el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual 4ª edición) reagrupa el conjunto de la sintomatología bajo el término de **“Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDAH)**.

Si el cuadro clínico está bien definido en la actualidad, y se basa en criterios extremadamente precisos, el problema de su patogenia sigue existiendo, y continua dividiendo a los autores, poniendo de manifiesto las considerables diferencias en su tratamiento.

Más allá de disputas teóricas, parece fundamental diagnosticar de forma precoz este problema, debido a la importancia de su repercusión en la escolaridad, el desarrollo cognitivo y el universo relacional del niño.

Historia

Desde la primera descripción de DEMOOR (1901) que asimilaba la hiperactividad a un auténtico “baile mental”, se desarro-

llaron dos conceptos opuestos: el primero, francófono, intentó fundamentalmente relacionar la sintomatología con una perturbación de la afectividad (HEUYER, 1914 – PAUL-BONCOUR, 1919 – WALLON, 1925 – MICHAUX, 1950), incluso más recientemente, AJURIA GERRA (1970) plantea la idea de un eventual componente orgánico, subrayando el extremo polimorfismo del síndrome.

El segundo concepto, anglosajón, considera siempre la existencia de un origen exclusivamente orgánico (HOHMAN, 1922 – STRECKER, 1923) haciendo referencia a las explosiones motrices observadas en algunos niños que sufren secuelas de encefalitis o traumatismo craneal. Poco más tarde, BRADLEY (1937) describe por vez primera una mejoría indiscutible de la hiperactividad presentada por 30 niños inestables, después de un tratamiento psicoestimulante, acentuando así la hipótesis de una disfunción neurobiológica.

El término de hipercinesia fue introducido por EISENBERG (1957) al mismo tiempo que CLEMENTS (1966) desarrollaba la noción de Minimal Brain Dysfunction para explicar los trastornos psicomotores, de aprendizaje y comportamiento, presentados por algunos niños de inteligencia normal. La hipótesis de una afección discreta que afectara únicamente a ciertas funciones, como la memoria, el lenguaje, la atención y la psicomotricidad, debía per-

mitir explicar a la vez, el origen del síndrome y su mejoría espontánea con la continuidad de la madurez neurológica.

En la actualidad, ambas tendencias se oponen de forma perentoria. La mayoría de los autores anglosajones siguen haciendo de la hiperactividad una entidad clínica específica, consecuencia de una afección orgánica. Por otro lado, una gran mayoría de los psiquiatras infantiles franceses rechazan este concepto, considerando la inestabilidad psicomotriz como el síntoma de una disfunción afectiva y/o relacional.

Clasificación



La sintomática hiperkinética aparece en la clasificación internacional de las enfer-

medades mentales (CIM 10) y en la anglosajona de trastornos psiquiátricos (DSM IV) como referencia en materia de investigación.

Esta clasificación distingue dos entidades sindrómicas: **el trastorno de la atención** con hiperactividad e **impulsividad**. Su aspecto, muy clínico, permite homogeneizar las observaciones entre diferentes autores y debería ser adoptada progresivamente por el conjunto de los profesionales.

Prevalencia

Todos los estudios contienen cifras equivalentes, independientemente de los lugares de observación: entre el 3 y el 5 % de la población prepúber estaría afectada por este síndrome (Bir. 1988 – OXFORD, 1989 – BARKLEY, 1990). Estos índices estarían, por otro lado, en constante aumento desde la difusión de los trabajos recientes y la mejora de los criterios de evaluación.

Existe un claro predominio masculino (entre 4 y 9 niños por cada niña), sin que realmente se puedan aportar explicaciones a esta subrepresentación femenina. Se imagina no obstante, que la expresión clínica del TDAH, menos ruidosa y por lo tanto menos perturbadora en las niñas, retrasa su identificación.

Factores etiopatogénicos

La etiología del Trastorno por Déficit de la Atención no ha sido aún totalmente explicada. Se han considerado numerosas hipótesis:

- Existencia de una afección neurológica perinatal.
- Existencia de una vulnerabilidad genética.
- Anomalías neurobiológicas.

Esta última hipótesis está confirmada por las técnicas de diagnóstico por imágenes dinámicas, en particular el Spect, que muestra

una disminución del flujo sanguíneo cerebral en las áreas prefrontales y en el estriado, y el Pet-Scan que informa igualmente de una disminución del metabolismo de la glucosa en las áreas frontales.



- Factores psicosociales.

La existencia de un bajo nivel socioeconómico y problemas familiares ha sido igualmente incluida en la génesis de los Trastornos por Déficit de Atención.

De hecho parece razonable imaginar que este síntoma sólo es la vía final común de una vulnerabilidad biológica y de diferentes variables

más o menos complejas. Esta multiplicidad etiológica da cuenta de la necesidad de un enfoque terapéutico plurimodal.

Descripción clínica

El diagnóstico será fácil en la forma típica: se trata de un niño en edad escolar que presenta síntomas excesivos con respecto a su edad, su coeficiente intelectual y las situaciones en las que se encuentra. Por otra parte, el conjunto de la sintomatología constatado por el médico y descrita por su entorno, debe ser identificado en todas las situaciones con las que pueda encontrarse el joven paciente (casa, escuela, situación social...).

De hecho, la gran mayoría de las consultas que se nos hacen están motivadas por dificultades de aprendizaje en primer curso de enseñanza primaria o problemas de comportamiento en la escuela o en casa.

El estudio semiológico investiga la asociación de tres síndromes: la hiperactividad motriz, el problema de atención y la impulsividad.

- **La hiperactividad motriz** aparece en niños en constante movimiento, incapaces de permanecer quietos en un sitio, con una actividad global desorganizada, no constructiva y mal coordinada. Se trata de niños que corren y saltan por todas partes, agitados permanente-

mente, a menudo de forma alegre, incapaces de quedarse sentados frente a una mesa de trabajo o durante las comidas, no pueden jugar solos y corren peligro con frecuencia. Podemos encontrarnos, por otra parte, con todos estos elementos de forma sintomática en los boletines de notas (numerosas anotaciones sobre la disciplina y la agitación) y en la historia médica (visitas frecuentes a los servicios de urgencia por heridas menores, pero repetitivas).

- **El síndrome “trastornos de atención”** representa ciertamente el elemento central, ya que es considerado por los autores anglosajones como la base fisiopatológica de la disfunción. Se encuentran síntomas completamente típicos, como una dificultad, incluso una incapacidad de concentrarse, una distracción casi constante que indispone a los maestros, el niño parece no escuchar, padeciendo una dificultad extrema para terminar lo que empieza, ya se trate de trabajos escolares o juegos. Finalmente, este déficit atencional conducirá frecuentemente al niño a consecuencias negativas sobre su rendimiento intelectual.

- **La impulsividad** es la tercera componente del síndrome; definida como la necesidad imperiosa de llevar a cabo un acto, será a menudo responsable del rechazo del niño hacia su entorno. Le dificulta a la vez en su funcionamiento motor (impaciencia, brusquedad) y su desarrollo cognitivo (incapacidad de reflexio-

nar sobre las consecuencias de sus actos). En el plano práctico, aparece en los niños incapaces de esperar su turno, precipitándose para responder a las preguntas, interrumpiendo a los demás con frecuencia, abandonando una actividad antes de terminarla, incapaces de terminar su trabajo, sin estrategia ni planificación, y teniendo sobre todo grandes dificultades para aceptar las órdenes.

En el plano emocional, la impulsividad se manifestará en los cambios del humor (paso de la risa al llanto) y la intolerancia a las frustraciones. Será responsable de reacciones de agresividad. El niño parecerá muy a menudo insensible, tanto a las recompensas como a las amenazas de castigo.

Debido a este cuadro clínico peyorativo, los niños hiperactivos se ven a menudo excluidos por su familia y por sus padres, y mal tolerados por los profesores. La repercusión escolar es rápidamente importante. Al mismo tiempo, el niño desarrolla insidiosamente una mala estima de sí mismo, responsable, en los casos más graves, de un cuadro depresivo severo.

El diagnóstico es más difícil en las formas atípicas, en particular en el niño de edad preescolar. En ese caso, la hiperactividad es a menudo psicológica, en el diagnóstico se centrará ante todo, a la exageración de particularidades de desarrollo (hiperactividad, falta de atención), en la reiterada tendencia a

sufrir accidentes y en la posible asociación de retrasos del desarrollo (lenguaje, motricidad...). Sólo la evolución permitirá afirmar la

presencia de un auténtico problema deficitario de la atención o de, simplemente, un temperamento excesivo.

Hiperactividad del niño

- presente en todas las situaciones, desde siempre

=

trastorno constitucional

- afecciones somáticas (genética, neurológica, etc.)
- problemas de personalidad (autismo, disarmonía de la evolución)
- THCDA

THCDA: Trastornos Hiperkinético con Déficit de Atención e Hiperactividad.

- intermitente, de aparición reciente, estacionaria

=

trastorno secundario

- problemas afectivos (TOC, depresión del niño)
- carencias educativas (depresión parental, etc.)
- inadaptación al entorno (dificultades escolares, precocidad, etc.)

TOC: Trastornos Obsesivos Compulsivos.

Según Revol. O. Fournere P., "Approche diagnostique d'un enfant instable" : *Rev Prat* 2002 ; 52 : 1988-93

Comorbilidad

El Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) se encuentra a menudo asociado con otras patologías mentales del niño. Los síndromes que se encuentran con más frecuencia son:

- Problemas específicos del desarrollo (del 50 al 80 % de los niños hiperactivos frente al 2% de la población general, MC GEE, 1988);
- Problemas oposicionales con provocación y/o problemas de conducta.

Su tasa de prevalencia en los niños con TDAH varía entre el 20 % (BARKLEY, 1990) y el 60 % (BIERDERMAN, 1990).

- Problemas de ansiedad y depresivos: los niños antes de los 11 años estarían particularmente afectados por la coexistencia de problemas de ansiedad y de déficit de atención. La prevalencia de la ansiedad en los niños hiperactivos, se estima en efecto en un 27 % (frente al 3,5 % en la población). En cuanto a la depresión, se estima en el 10% (frente al 1,8 % en la población controlada - ANDERSON, 1987).

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar los auténticos Trastornos por Déficit de la Atención de otras formas sintomáticas. Se intentarán eliminar los comportamientos “revoltosos normales” en particular en función de la edad de desarrollo, la inestabilidad debida a las condiciones ambientales defectuosas, la inestabilidad o los déficits de atención como consecuencia de ciertos tratamientos (**ácido valproico, corticoi-**

des, etc.) y la inestabilidad como consecuencia de un retraso mental, un autismo y/o de problemas invasores del desarrollo o problemas severos del aprendizaje.

Mencionaremos igualmente el caso particular de los niños precoces que tienen grandes dificultades para mantener su atención durante la clase, pero que, a diferencia de los TDAH, terminan los ejercicios para pasar a los siguientes!

Diferentes subtipos de comportamientos hiperactivos

	Tipo I Pseudohiperactividad psicoeducativa	Tipo II Pseudohiperactividad reaccional	Tipo III THCDA, sustrato psicoorgánico
Etiopatología	Dificultades educativas parentales.	Revela un sufrimiento personal o familiar subyacente.	Parte genética, biológica y parte afectiva.
Clinica	Impulsividad, agresividad, intolerancia a las frustraciones. Puede evolucionar hacia un trastorno antisocial de la personalidad.	Actitudes de provocación, a veces teatrales, espectaculares, especialmente en presencia de la persona inductora (ej. madre depresiva).	Cuadro clásico que mezcla hiperactividad motriz y trastornos de la atención y de la concentración. Examen neurológico: problemas de la digitognosia, etc.
Escolaridad	Pocos problemas demostrados de la atención, aunque existen importantes problemas de disciplina (frecuencia de castigos, absentismo escolar).	Escolaridad relativamente preservada y exacerbación de los trastornos en el medio familiar.	Marcadas dificultades escolares, debidas a trastornos cognitivos (atención y concentración) más que trastornos motrices.
Estabilidad de los síntomas	Comportamiento impulsivo y agresivo relativamente estable.	Cambios flagrantes de actitud en función de la presencia o ausencia de la persona inductora.	Sintomatología estable acentuada por el número de estímulos ambientales.
Interés de un tratamiento psicoestimulante	Ninguno, incluso riesgo de agravación.	Ninguno, incluso riesgo de agravación.	Potencialmente justificado.

THCDA: hiperactividad con problema de atención

Evolución

El futuro de los niños hiperactivos está, por supuesto, en el centro de las preocupacio-

nes de los médicos. Numerosos estudios prospectivos y controlados han permitido precisar la evolución de esta población: se encuentra entre un 20 y un 30 % de remisión total de la

sintomatología en la adolescencia (WEIS, 1971 – BARKLEY, 1990), mientras que el 40 % de los niños presentan una persistencia de la sintomatología deficitaria con una repercusión cognitiva, comportamental y relacional. El pronóstico quedaría ensombrecido por el 30 % de los niños que desarrollan problemas de conductas antisociales en la adolescencia. En la edad adulta, encontramos una disminución importante de la hiperagitación motriz (solamente el 8 % permanecerán hipercinéticos), mientras que el 20 % de los jóvenes pacientes conservarán dificultades de aprendizaje o problemas emocionales (MANUZZA, 1993).

Un cierto número de factores serían predictivos de una evolución negativa, en particular hacia problemas de conductas sociales. Se trataría por una parte de la coexistencia de otras afecciones mentales (problemas de conducta), y por otra, del medio socioeconómico y del coeficiente intelectual: los niños con coeficiente intelectual elevado que proceden de medios favorecidos, tendrían un pronóstico mejor. Finalmente, la edad de inicio parece un buen indicador, siendo la precocidad de la aparición del cuadro un factor de mal pronóstico.

Procesos diagnósticos

El extremo rigor adoptado por el médico en el enfoque diagnóstico, debe ser un imperativo con el fin de evitar los excesos consta-

tados en Norteamérica, responsables de la mala reputación de este síntoma y de terapéuticas medicamentosas en otros países como Francia.

La primera etapa consiste en una cuidadosa reconstitución de la anamnesis, en la búsqueda de antecedentes neonatales, de carencia de estimulaciones o de patologías parentales, somáticas o psíquicas. Más tarde, la recogida de la sintomatología deberá hacerse "in vivo" en la consulta del médico, sabiendo no obstante que los niños TDAH son capaces de inhibir su hiperactividad en situación dual. Las observaciones directas en el medio escolar o en el hospital pueden presentar un interés, pero las herramientas más apropiadas actualmente, parecen ser las escalas y los cuestionarios propuestos al padre, a la madre y a los maestros. Se utiliza más frecuentemente la escala de Conners (1973), que contiene un cuestionario destinado a los padres con 43 elementos, otro destinado a los profesores, con 28 elementos, aunque se ha desarrollado una versión abreviada de 10 elementos. Todos los elementos de estos cuestionarios están estandarizados y permiten obtener una puntuación significativa de la patología del niño, en función de la edad y el sexo. La escala de Conners es específica del niño que sufre problemas de atención: permitirá seguir la evolución del problema, en particular cuando se haya aplicado un tratamiento.

Se pueden utilizar igualmente los cuestionarios de Achenbach (Child Behavior Checklist o CBCL) que proporcionan una apreciación global del comportamiento del niño.

Actualmente se considera que cualquier decisión terapéutica sólo debería llevarse a cabo después de la utilización de este tipo de herramientas, que tienen el mérito de objetivar la sintomatología, fuera de cualquier criterio teórico previo.

Tratamiento

El tratamiento deberá combinar una ayuda psicológica, educativa, reeducativa y medicamentosa.

• Psicoterapia

Las psicoterapias comportamentales han podido permitir aumentar el control por el niño de sus reacciones, mientras que las psicoterapias de inspiración analítica proponen un trabajo sobre las perturbaciones emocionales. Las psicoterapias familiares, analíticas o sistemáticas

buscan reposicionar al niño en el contexto general y en sus interacciones con el entorno inmediato.

Cuestionario abreviado de Conners para los padres

- Identidad del niño

Apellidos Nombre:

Fecha de nacimiento:

- Cuestionario cumplimentado por: la madre el padre los dos
a: (fecha en la que se cumplimenta el cuestionario)

Ponga una cruz en la columna que describa mejor a este niño

Observación	Nada	Un poco	Mucho	Enorme- mente
	0	1	2	3
1 Agitado o muy activo.				
2 Nervioso, impulsivo.				
3 No acaba lo que empieza, atención de corta duración.				
4 Se remueve constantemente.				
5 Molesta a los demás niños.				
6 Poco atento, fácilmente distraible.				
7 Sus peticiones deben ser atendidas inmediatamente, se frustra con facilidad.				
8 Lloro a menudo y con facilidad.				
9 Cambios de humor rápidos y marcados.				
10 Accesos de cólera, comportamiento explosivo e impulsivo.				

COMENTARIOS:

- **Una ayuda educativa es fundamental;** ésta pasa por un verdadero trabajo de orientación familiar, animando a padres y a educadores a mantener un marco estricto comprendiendo los excesos y los desenfrenos del niño. Los autores anglosajones han recomendado momentos fuera de la rutina cotidiana, con el fin de llevar al niño a relajarse en los momentos difíciles, en un lugar tranquilo, fuera de cualquier sobreestimulación que, como revela la práctica, agravan el déficit de atención.

- **Las diferentes reeducaciones, foniatría y psicomotriz** permiten corregir los eventuales déficits, pero sobre todo mejorar el control de la impulsividad.

- **Los psicotropos** son utilizados en caso de una repercusión mayor en la evolución global del niño. Se recomiendan diferentes tipos de moléculas:

- **Las neurolépticas:** las más frecuentemente citadas son la **tioridazina** y la **clorpromazina**. La tolerancia es mala, debido, sobre todo, a la sedación. En nuestra práctica, causan frecuentes efectos paradójicos, aunque en un primer momento, a menudo apaciguan la agitación ansiosa.

- **Los antidepresivos** son una buena alternativa, en particular los antidepresivos

tricíclicos estimulantes (**clomipramina**) o secundarios (**amitriptilina, doxepina**). Aunque su eficacia está contrastada, son frecuentes los escapes y sus efectos secundarios (sequedad bucal y problemas de acomodación).

- **Los psicoestimulantes** conservan un lugar privilegiado por su acción directa sobre la causa potencial del problema, ya que aumentan la vigilancia y atenúan considerablemente los efectos negativos del déficit de atención. El medicamento más utilizado es el **metilfenidato**.

Las modalidades de prescripción están extremadamente estandarizadas: los registros, que datan del mes de julio de 1995, está reservada a los niños de más de 6 años.

La primera prescripción es exclusivamente hospitalaria y debe proceder de un médico especialista (pediatra, psiquiatra infantil o neurólogo). El seguimiento del tratamiento puede ser realizado por cualquier médico, particular u hospitalario, durante un período de un año. Pasado este plazo, la revisión anual debe ser realizada por un especialista. La prescripción sólo está autorizada para 28 días sobre receta autorizada, ya que se trata de un medicamento que figura en la lista de estupefacientes.

Este producto se beneficia de una vida media plasmática relativamente corta (de 2 a 4 horas), responsable de un efecto rápido (de 30 a 45 minutos después de la toma), pero de corta duración, necesitando un fraccionamiento de la dosis diaria en 2 tomas (generalmente por la mañana y el mediodía).

La posología diaria varía según los pacientes: está comprendida entre 0,5 y 1 mg/kg/día, dosis máxima que será alcanzada progresivamente en algunos días.

En la práctica, este tratamiento se dará los lunes, martes, jueves y viernes. Se recomienda interrumpirlo los días festivos y durante las vacaciones para evitar el hábito y ciertos efectos secundarios. La duración del tratamiento será de un mes como mínimo y es habitual proseguirlo durante todo el año escolar.

Aparte de la eventual intolerancia al producto, está contraindicado si existen manifestaciones epilépticas o tics en el niño.

Se vigilará la aparición de eventuales efectos secundarios, poco numerosos e inconstantes, en general dependientes de la dosis: podríamos encontrarnos así con una anorexia con la consiguiente pérdida de peso, dificultades para conciliar el sueño, cambios de humor, ansiedad e irritabilidad y aparición eventual de tics motores o vocales.

El efecto más relevante es una eventual ralentización del crecimiento; este efecto es controvertido y sólo se observa en las prescripciones prolongadas, en particular cuando no hay interrupción transcurrida en el año. Parece que este estancamiento estatura-ponderal es reversible con la interrupción de la terapia.

Conclusión

El síndrome de Déficit de la Atención con Hiperactividad es un problema relativamente frecuente y extremadamente molesto para el niño. Las indicaciones terapéuticas se apoyan en una observación clínica y una anamnesis muy precisas. El tratamiento mediante psicoestimulantes debe reservarse a las formas más severas, en particular cuando existe una repercusión importante sobre el aprendizaje y la vida social.

El tratamiento es ante todo plurifocal y debe combinar, simultáneamente, medidas educativas, reeducativas y médicas, con el fin de optimizar los resultados.

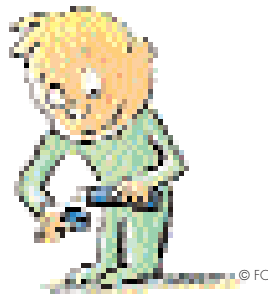
La **homeopatía** puede encontrar su lugar:

- como tratamiento de base.
- como continuación a un tratamiento con anfetaminas, a título de relevo.

EL NIÑO AGITADO

Finalmente, los trabajos de investigación deberían permitir comprender mejor el origen de este síndrome, precisando las estructuras cerebrales que lo causan. La hipótesis de una disfunción en el córtex prefrontal es la más pro-

bable. Podría permitir una evaluación neuropsicológica de los niños con riesgo, que, confirmando o invalidando el diagnóstico, limitara así las prescripciones excesivas.





Abordaje homeopático del niño agitado

Dra. Marie-France BORDET

Sainte-Foy-lès-Lyon (Lyon - Francia)

Introducción

La agitación del niño representa un motivo de consulta cada vez más frecuente para el pediatra o el médico generalista.

Los padres vienen a pedir ayuda para “canalizar” esta energía infantil sobre la que no parece ser eficaz ningún principio educativo. Su irritación, su fatiga, e incluso su desánimo, se expresan a menudo en el transcurso de la entrevista con el médico.

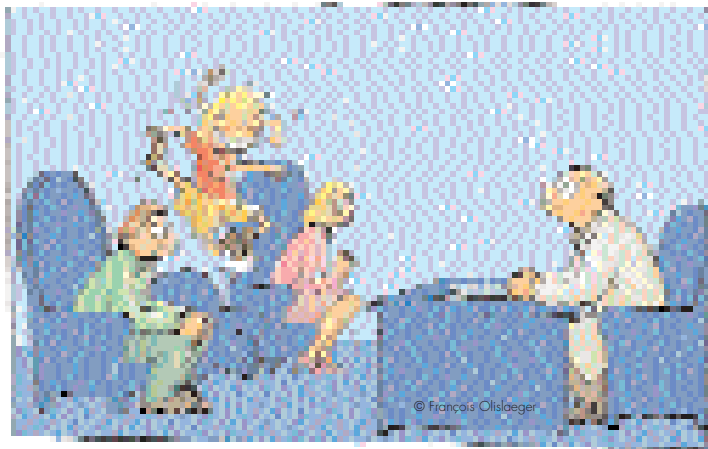
El proceso del diagnóstico

Para el médico se trata, para empezar, de poner un nombre a esta “agitación”. ¿Es una turbulencia banal, pasajera o un auténtico Trastorno Hiperactivo Con Déficit de Atención (THCDA)¹ donde la hiperactividad es a menudo el primer signo observable?

El médico debe procurar hacer una entrevista metódica y rigurosa para:

- identificar el trastorno comportamental,
- descartar una causa orgánica,
- apreciar la repercusión de ese trastorno en la vida del niño y su entorno,
- considerar la necesidad de un dictamen especializado,

¹ También denominado TDAH: Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad.



– e intentar una respuesta a la demanda expresa de los padres: “¡Doctor, hay que calmarle”!

• ¿Agitado? ¿Desde cuándo?

El testimonio de los padres es valioso. Muchas veces los recuerdos de tramos de edad anteriores, permiten precisar la antigüedad de esta “agitación”, pareciendo a veces “constitucional”.

Otras veces, el niño presenta signos de hiperactividad derivados de una perturbación psíquica e relación con un acontecimiento importante, y es la modificación de su comportamiento lo que alerta a los padres. El médico debe obtener toda la información posible sobre el medio familiar en el que se desenvuelve el niño (hermanos, quien cuida al niño, dificultades familiares, depresión de un pariente, fallecimientos recientes, etc.).

- **Evaluar la repercusión en el entorno familiar**

Los padres describen fácilmente la actitud del niño en su **entorno familiar** correspondiendo al médico establecer lo normal y lo patológico (véase cuadro página 10), sopesar el contexto cultural o en el que se contextualiza y subsanar los errores educativos flagrantes que, a veces, pueden descubrirse durante la consulta: ¡de laxismo evidente a rigor excesivo!

- **¿“Agitado” en casa... y en la escuela...?**

Si el niño está escolarizado, su **actitud en el medio escolar** es determinante.

La agitación del niño raramente es un signo comportamental aislado.

Frecuentemente asociados, cabe buscar problemas de atención, de impulsividad o del sueño, ya que su combinación puede permitir identificar un auténtico THCDA.

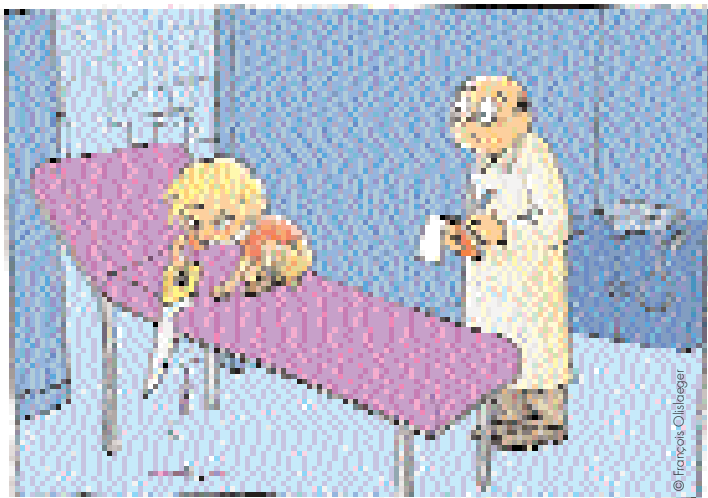
- **La misma agitación...en niños diferentes**

El interrogatorio clínico situará este problema del comportamiento en un contexto más general: el médico, evidentemente, busca antecedentes de convulsiones, retraso psicomotor, déficits de percepción visuales o auditivos, dificultades de aprendizaje o perturbaciones del sueño.

Una valoración histórica del estado de salud por aparatos, completará el cuadro comportamental y dará una visión de conjunto del niño.

La observación del médico y el interrogatorio efectuados a los padres, aportan datos sobre la vida del niño: los elementos agravantes de su vida cotidiana, las situaciones que le apaciguan, sus gustos alimentarios, su sensibilidad al frío o su intolerancia al calor.

Este método de observación, tiene en cuenta un conjunto de datos somáticos y psíquicos, que permiten **revelar la expresión clínica particular e individual** de un mismo síntoma (la agitación) **en niños totalmente diferentes...**



Las herramientas de ayuda al diagnóstico

La ayuda al diagnóstico por medio de tests, se revela de un gran utilidad para precisar el trastorno que presenta el niño. El objetivo es, sobre todo, detectar un auténtico THCDA con el fin de evitar la espiral del fracaso escolar, la aparición de problemas ansio-depresivos y la pérdida de confianza. Entre los tests propuestos, el Cuestionario de Conners (véase cuadro página 13) aporta una gran ayuda al médico, y su utilización es muy sencilla. Una puntuación superior a 15 se considera patológica y conduce a proponer una consulta especializada con un psiquiatra infantil.

Tratamiento homeopático

Está **adaptado a la expresión clínica individual** del trastorno comportamental. Los datos recogidos, observables por todo médico durante el transcurso de cualquier consulta: antecedentes familiares y personales, signos clínicos objetivos y subjetivos (entre ellos las anomalías de comportamiento), pueden ser clasificados en dos categorías:

- **Los elementos comunes** al conjunto de los sujetos que padecen una misma afección, y que por tanto concurren al establecimiento del diagnóstico nosológico.
- **Los criterios individuales**, propios de cada paciente (por tanto variables de un sujeto a otro), testimoniando su forma de ser.

El médico homeópata tiene en cuenta estos elementos comunes y estos criterios individuales que se convierten en “significativos” según la Materia Médica homeopática. Ésta contiene la información necesaria para la indicación y prescripción de los medicamentos.

El conjunto de los elementos comunes y de los criterios individuales, sólo se encuentra excepcionalmente en la monografía de un único medicamento; ésta es la razón por la que un tratamiento homeopático² se compone habitualmente de varios medicamentos; siendo las formas galénicas más prescritas los gránulos y los glóbulos.

Posología

Se emplea³:

- el **tubo de gránulos** cuando el medicamento se prescribe diariamente, incluso varias veces al día.

² Los medicamentos homeopáticos no tienen toxicidad y no se han descrito efectos indeseables; su uso no ha revelado interacciones medicamentosas, contraindicación de hábito ni de dependencia. Pueden prescribirse sin límite de edad, solos o asociados a otra terapéutica.

³ Los gránulos habitualmente son prescritos en tomas de cinco gránulos; un tubo-dosis de glóbulos corresponde a una sola toma.

– el **tubo-dosis de glóbulos** cuando el medicamento se prescribe una vez por semana o menos.

En los trastornos del comportamiento, se utilizan habitualmente tres niveles de dilución: 9 CH⁴, 15 CH y 30 CH.

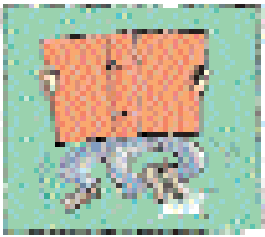
El nivel de dilución empleado depende generalmente de la similitud constatada entre el cuadro clínico del paciente y la Materia Médica del medicamento indicado: cuanto mayor sea el número de elementos comunes, tanto más elevada será la dilución. La duración del tratamiento depende de la respuesta

del paciente al tratamiento; en el marco de los trastornos del comportamiento del niño, es a menudo aconsejable una evaluación del resultado después de entre cuatro y ocho semanas de tratamiento. La frecuencia de las tomas disminuirá con la constatación de la mejoría constatada⁵; el tratamiento se suspenderá cuando hayan desaparecido los signos clínicos que lo justificaban.

La homeopatía puede aportar, por lo tanto, una respuesta terapéutica adaptada a la expresión clínica individual de una enfermedad y de un trastorno comportamental en particular.

⁴ CH es la abreviatura de Centésimale Hahnemianas ; 9 CH significa que la cepa (el producto a partir del cual se fabrica el medicamento) ha sido diluido sucesivamente nueve veces a la centésima parte según el método descrito por Hahnemann.

⁵ Ejemplos: 5 gránulos al día, después 5 gránulos cada dos días ; 1 dosis al la semana, y después una dosis cada quince días.



Para profundizar más

- **Materias médicas**

- Pharmacologie et matière médicale homéopathique.

D. Demarque, J. Jouanny, B. Poitevin, Y. SaintJean. CEDH, 2003

- Matière médicale homéopathique.

M. Guermonprez, M. Pinkas, M. Torck. Boiron, 1997

- **Homeopathie pédiatrique. Psychopathologie**

J. E. Poncet. Ediciones Boiron, 1994, 190 páginas

Bibliografía

- **Actas de las 5^{as} jornadas del Institut Boiron - 8 y 9 de marzo de 2002**

- la place de l'homéopathie - témoignages de pratique", *Cercle Sébastien-des-Guidi*

- L'enfant hyperactif : Approche thérapeutique - Place du méthylphénidate", *Prof. Régis de Villard, Dr Olivier Revol.*

- **La Revue du Praticien 2002, 52**

Monographie : "Hyperactivité avec troubles de l'attention de l'enfant", elaborada gracias al asesoramiento de la Dra. *Marie-France Le Heuzey*

- **Internet – Página del centro hospitalario regional de Lille:**

www.geocities.com/HotSprings/4512/fTHCDA.html

- **Materias médicas**

- Pharmacologie et matière médicale homéopathique.

D. Demarque, J. Jouanny, B. Poitevin, Y. SaintJean. CEDH, 2003

- Matière médicale homéopathique.

M. Guermonprez, M. Pinkas, M. Torck. Boiron, 1997

continuación...

• Investigación

- Are the clinical effects of homeopathy placebo effects ? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *K. Linde, N. Clausius, G. Ramirez, D. Melchart, F. Eitel, L. V. Hedges, W. B. Jonas.* The Lancet 1997, Vol. 350.
- Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials. *M. Cucherat, M.C. Haugh, M. Gooch, J.-P. Boissel, for the HMRAG group.* Eur J Clin Pharmacol 2000,56: 27-33
- Clinical trials of homeopathy. *J. Kleijnen, P. Knipschild, G. ter Riet.* BMJ 1991, Vol 302.
- Treatment of acute childhood diarrhea with homeopathic medicine: a randomized clinical trial in Nicaragua. *J. Jacobs, L. M. Jimenez, S. S. Gloyd, J. L. Gale, D. Crothers.* Pediatrics 1994, Vol 93 (5)
- Is homeopathy a placebo response ? Controlled trial of homeopathic potency, with pollen in hayfever as model. *D. T. Reilly, Ch. McSharry, M. A. Yaylor, T. Aitchison.* The Lancet 1986, 18 oct.
- Descriptive and comparative study of patient-management by homeopathic GPs versus allopathic GPs. *A. Vainchtock, L. Lamarsalle, M. Trichard, G. Chaufferin, N. Nicoloyannis.* Value in Health 2002, 5 (6) : 468.
- Study of the practice of homeopathic General Practitioners in France *M. Trichard, E. Lamure, G. Chaufferin.* Homeopathy 2003, 92: 135-139.
- Medicoeconomic evaluation of anxiety disorders management in outpatient care. *A. Vainchtock, G.Y. Dansette, N. Nicoloyannis, G. Duru, G. Chaufferin, L. Lamarsalle.* Health and System Science 2000, 4: 103-115.
 - Medicoeconomic assessment of treatment of recurrent acute rhinopharyngitis in 18-month-old to 4-year-old children by general practitioners. *A. Vainchtock, L. Lamarsalle, G. Chaufferin, G.Y. Dansette, G. Duru.* The European Journal of Health Economics, 2002, Supplement 1, Vol 3: S83.
- Pharmacoeconomic comparison between two drug strategies of treatment of anxiety disorders: homeopathy and psychotropics. *M. Trichard, G. Chaufferin, N. Nicoloyannis.* Value in Health 2003, 6 (3) : 350-351.