

NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS:

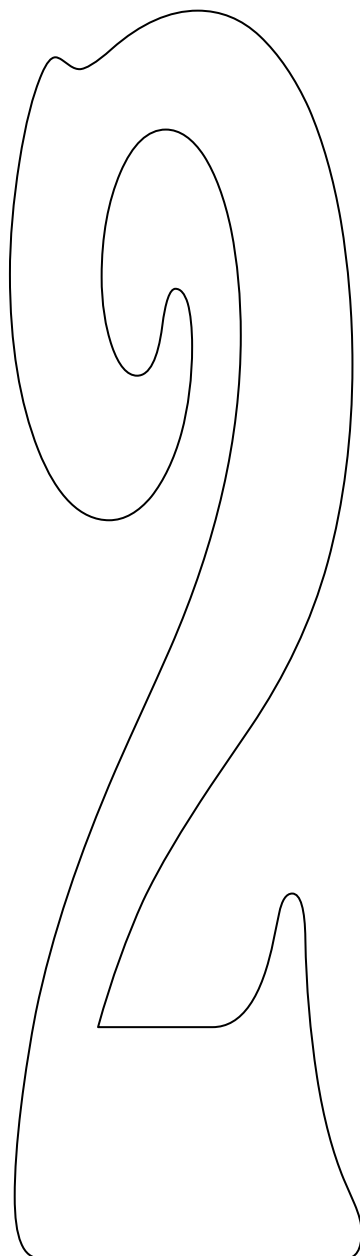
¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD

T D A H

Dra. Isabel Orjales Yillar

*Profesora del Departamento de Psicología
Evolutiva y de la Educación.
Facultad de Psicología (UNED)*



**NIÑOS HIPERACTIVOS,
IMPULSIVOS Y DESATENTOS:**
*¿Cuándo se puede hablar de un
trastorno?*

NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS:

¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

En el capítulo anterior distinguíamos entre dos conceptos confusos:

1. La **hiperactividad** que se refiere a un exceso de actividad motriz sin objetivo definido y que puede ser síntoma de muchos trastornos o caracterizar a un individuo en un momento determinado de su desarrollo normal.
2. **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH**, un trastorno del comportamiento que puede cursar con o sin hiperactividad motriz.

Para evitar confusiones terminológicas, decidimos utilizar las siglas **TDAH** para referirnos al **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**. Dicho trastorno, que afecta de un 3 a un 6% de los niños en edad escolar, se detecta en muchas ocasiones ya en la etapa infantil y su sintomatología, con ciertas mejoras debido a la maduración neurológica, se mantiene hasta la edad adulta y se caracteriza por la presencia de uno de estos dos grupos de síntomas: falta de atención e hiperactividad/impulsividad. Dada la incidencia de este trastorno, es posible encontrar, en un aula escolar corriente, a por lo menos uno o dos niños con TDAH de alguno de los subtipos que se describen:

- a) niños con síntomas sólo de falta de atención pero con pocos o ningún síntoma de hiperactividad motriz (**TDAH subtipo predominio inatento**);
- b) niños con hiperactividad/impulsividad pero sin problemas evidentes o graves de atención (**TDAH subtipo predominio hiperactivo/impulsivo**);
- c) niños con ambos grupos de síntomas (**TDAH subtipo combinado**).

Constatábamos que para el diagnóstico de este trastorno, los síntomas debían darse con una intensidad superior a la esperada en un

niño, adolescente o adulto si tenemos en cuenta su edad cronológica, su edad mental y la educación recibida; que algunos de estos síntomas debían estar presentes antes de los 7 años dando al cuadro ciertas connotaciones de cronicidad; debían crear problemas de desadaptación y no se explicaban mejor por la presencia de otro trastorno orgánico, emocional o del desarrollo.

En el presente capítulo trataremos de comprender más a fondo el TDAH dibujando un perfil cognitivo, social y emocional de las personas que crecen, y tratan de adaptarse a las exigencias del entorno con esta sintomatología. Ello nos permitirá entender la urgencia de una detección temprana y la necesidad de diseñar programas de intervención, que se aborden desde una perspectiva médica y psicopedagógica y, que se dirijan tanto a la familia como a la escuela además de al individuo con TDAH, adaptándose siempre de forma individual a sus características cognitivas, comportamentales, sociales y emocionales.



Perfil cognitivo, emocional y social del TDAH

En el capítulo anterior describimos las características comportamentales del TDAH e insistimos que este trastorno, aunque frecuentemente asociado a problemas de conducta, no debe confundirse con trastornos severos como el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. A continuación trataremos de esbozar el perfil cognitivo, social y emocional que se presenta en muchos sujetos con TDAH con las consiguientes variaciones debidas al temperamento, la personalidad y la educación recibida por cada individuo.

El perfil cognitivo

A raíz de los estudios neurológicos del TDAH, el Dr. Barkley ha desarrollado, desde el año 1997, un modelo de base neuropsicológica con el que trata de explicar el funcionamiento cognitivo de las personas con TDAH. Aunque este modelo no habla de la importancia de la influencia ambiental en la evolución del trastorno, y se centra únicamente en tratar de

explicar qué factores neurológicos y psicológicos pueden estar interviniendo en el mismo, aporta información de gran utilidad para comprender mejor el TDAH.

Barkley enfoca el TDAH como un trastorno que afecta a los procesos de inhibición o autocontrol entendiendo por **autocontrol o autorregulación** la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que inició ante la aparición de un determinado estímulo; proteger su pensamiento de distracciones externas o internas, y elaborar una nueva respuesta más adecuada que sustituya a la primera.

Para poder realizar procesos de este tipo, el Dr. Barkley afirma que debemos poner en marcha una serie de funciones, que denomina funciones ejecutivas, que serán las que nos permitan conducirnos con éxito al objetivo.

Las personas con TDAH tienen alteradas, en mayor o menor medida, estas **funciones ejecutivas** (véase cuadro 1).

Cuadro 1: Funciones ejecutivas alteradas en las personas con TDAH (Barkley, 1997)

Las **funciones ejecutivas** son actividades mentales dirigidas a uno mismo que nos ayudan a:

- frenar la primera respuesta que íbamos a emitir al percibir un estímulo
- resistir la distracción mientras nos fijamos nuevas metas más adecuadas que la respuesta que íbamos a emitir
- dar los pasos necesarios para poner esta nueva respuesta en marcha:
 1. Memoria de trabajo verbal.
 2. Memoria de trabajo no verbal.
 3. El control de la motivación, las emociones y el estado de alerta.

La función de reconstitución, que permite a partir de conductas aprendidas diseñar acciones nuevas más eficaces.

La alteración de estas funciones varía en grado y cantidad de unos niños a otros y puede manifestarse de la siguiente manera:

1. **Los niños con TDAH pueden tener más dificultad en recuperar en su memoria aquello aprendido con anterioridad para**

aplicarlo en el momento actual. Eso conlleva una mayor dificultad para:

- **Consolidar los aprendizajes** especialmente si la enseñanza es más teórica que experimental y se abandona pronto la práctica.



- **Recordar con detalle lo que ha sucedido.** Por tanto, tienden a ser más subjetivos al juzgar su comportamiento o el de los demás en función de lo sucedido. Pueden, por ejemplo, mostrarse indignados cuando se les riñe por no haber realizado una tarea que no recuerdan que se les ordenó.

- **Aprender de sus errores, de los castigos o de los premios.** Es frecuente que padres y profesores se quejen de que el niño con TDAH comete una y otra vez los mismos errores y conductas por las que se vio sancionado. Eso desconcierta a los adultos, quienes tienen la sensación de que no responde a los castigos o a los premios e incluso de que su conducta es deliberadamente desafiante.

Este fracaso educativo se debe, en algunas ocasiones, a la necesidad que tiene el niño con TDAH de vivir más experiencias para asociar el castigo o el premio a una determinada conducta. En otras, el error es nuestro al no adaptarnos a sus características y utilizar castigos para tratar de modificar conductas negativas que el niño todavía no ha aprendido a controlar y que necesitarían entrenamiento paciente y refuerzo positivo. En otras ocasiones influye, además, que se trata de castigos o premios desproporcionados a la conducta, que el niño sabe que no se llegarán a cumplir, o que sólo se recibirán, si se alcanzan unas condiciones imposibles para ellos o si se espera un tiempo demasiado prolongado.

- **Guardar rencor.** Dado que viven en el presente, los niños con TDAH pueden enfadarse de forma desmedida en un momento y, al cabo de muy poco tiempo, actuar como si nada hubiera sucedido.

- **Prever lo que va a suceder.** Por este motivo, suelen fracasar en tareas que exijan planificación, previsión de necesidades futuras o que exijan, simplemente, tener una mínima visión de futuro adelantándose a las consecuencias negativas de su comportamiento.

2. Muestran dificultades en la percepción y el control del tiempo.

Los niños con TDAH tienen más dificultad para calcular el tiempo que les llevará hacer un examen, realizar un trabajo, llegar a tiempo a una cita, soportar las esperas con paciencia o para tolerar la demora de los acontecimientos o los cambios de planes.

3. Tienen pobres habilidades de organización de la conducta en el tiempo.

Eso no afecta a la capacidad de hacer planes de forma general, pero sí a la dificultad de ponerse metas asequibles, establecer prioridades, organizarse en el tiempo y a la constancia o la resistencia al esfuerzo que supone perseguir el objetivo hasta el final.

4. Hacen menos referencias a hechos del pasado o del futuro, en ocasiones parecen mostrar alteraciones en la utilización de conceptos temporales.

5. Muestran dificultades en tareas que requieren cooperación, participación, tener en cuenta las consecuencias para los demás, tener presente los efectos de sus acciones en el futuro respecto a temas de salud, conciencia, etc.

6. Muestran un retraso en la interiorización del lenguaje y en su utilización en el proceso de pensamiento.

El niño con TDAH tiene más dificultad para pensar para sí mismo. Cuando lo hace, suele verbalizar en voz alta todo lo que pasa por su cabeza del mismo modo que muchos niños de menor edad. Habla, canturrea, hace ruidos que acompañan a su trabajo, sin ser consciente de que lo está haciendo y de que molesta a compañeros, o interrumpe la explicación del profesor.

Por lo general, estas verbalizaciones externalizadas contienen más emociones que estrategias que le ayudarían a resolver con más eficacia la tarea.

7. Muestran mayor dificultad para comportarse conforme a unas reglas ya sean impuestas, acordadas por los compañeros o cuando se le da la posibilidad de generarlas por sí mismo.

8. Parecen menos objetivos al analizar los acontecimientos, muestran mayor dependencia emocional del entorno, mayor dificultad para automotivarse, para analizar los propios sentimientos y tomar las medidas necesarias para salir de estados de ánimo negativos como la ansiedad, tristeza o la frustración.

Antes de finalizar este apartado conviene recordar que, si bien estas características son bastante generales en las personas con TDAH, no todos los síntomas se manifiestan de la misma manera.

Existen personas con TDAH tremendamente puntuales o que consiguen un excelente nivel de organización desarrollando mecanismos de compensación como anotar todo lo que concierne a su vida en una agenda electrónica. En este sentido, algunas personas con TDAH, al llegar a la edad adulta, eligen entornos de trabajo muy estructurados, mientras que otras son incapaces de funcionar con un "corsé ambiental" y deciden, por ejemplo, montar su propia empresa. La variabilidad de las personas con TDAH, especialmente al llegar a la edad adulta, es muy grande.

El perfil emocional

El diagnóstico del TDAH incluye un diagnóstico diferencial que nos permita asegurar que la sintomatología considerada nuclear en este trastorno (inquietud motora, dificultades para mantener la atención e impulsividad) no se debe a un trastorno

emocional. No obstante, y especialmente en adolescentes y adultos, el TDAH se da, en muchas ocasiones, parejo a otras patologías como los trastornos del estado de ánimo. La comorbilidad entre depresión y TDAH es tan elevada que se han planteado diferentes hipótesis: en algunos casos el TDAH podría ser el primer cuadro detectado antes del desarrollo de una sintomatología bipolar; en otros, podría existir una tendencia hereditaria que relacione la depresión con el TDAH; mientras que, en gran número de casos, las manifestaciones de ansiedad o depresión podrían ser secundarias a las dificultades que experimenta un individuo al tratar de adaptarse a las exigencias ambientales con una sintomatología de TDAH.

El niño con TDAH, por lo general y salvando diferencias individuales, suele ser descrito como un niño entusiasta, exultante, inconsciente, noble, sin malicia, transparente, inmaduro, poco rebuscado, optimista y aparentemente feliz. No obstante, crecer con TDAH puede suponer superar obstáculos que, en ocasiones, minan la autoestima y la moral de cualquiera de estos niños. El niño con TDAH, especialmente el de subtipo combinado cuya sintomatología es ya intensa en edad preescolar, se ve sometido a lo largo del día a pequeñas e innumerables situaciones frustrantes: olvida el biberón, pierde los bolígrafos, empuja en la fila, responde de forma impulsiva en las interacciones sociales, rompe objetos, contesta de malos modos a los adultos cuando está enfadado, resulta molesto por su exceso de movimiento constante, distorsiona la clase con sus comentarios y llamadas de atención, y un largo etcétera. Con el tiempo, esta situación puede generar algunos efectos negativos:

1. El niño, saturado de críticas, castigos y reprimendas, tiene la sensación de que no hace nada bien y se vuelve muy sensible y reactivo ante cualquier situación frustrante (*hipersensibilidad ante la frustración*). Es posible que responda, entonces, de forma intensa: llorando, negándose a cooperar, volviéndose irritable o culpando a los demás en un intento de justificar su mal hacer.
2. El niño se vuelve esquivo con las obligaciones, rehuyendo toda situación que crea



que puede llevarle al fracaso, "tirando la toalla" incluso en aquellas tareas o actividades que se le dan bien (baja tolerancia al esfuerzo).

3. Convive con una permanente sensación de falta de control sobre su conducta y su rendimiento académico. El niño trata de esforzarse por cumplir las expectativas del entorno, pero se da cuenta de que falla sistemáticamente y se siente en permanente desventaja respecto a los demás. Como tampoco le resulta fácil analizar de forma objetiva su conducta y la de los demás, no puede identificar por sí mismo cuál es el meollo del problema y hallar las soluciones debidas.
4. Su autoestima se deteriora, lo que puede reflejarse, en unos niños, en una evidente falta de seguridad en sí mismos, mientras que en otros, en el esfuerzo que hacen por mantener una imagen de excelencia, prepotencia y falso autodomínio (una autoestima falsamente inflada). El niño con TDAH tiene dificultades para analizar objetivamente la realidad y cuando ésta muestra su cara más dura y hostil, puede tratar de refugiarse en un mundo ideal donde a duras penas trata de mantener una buena imagen de sí mismo.

5. No es de extrañar que aparezcan conductas como irritabilidad, sentimientos de desesperanza, cambios de humor y problemas de conducta, cuyo trasfondo depresivo y ansioso, suele pasar desapercibido para los adultos que le rodean.

Con el tiempo, el adolescente con una historia de fracaso escolar a sus espaldas, que ha evolucionado conforme a los parámetros descritos antes, suele tratar de apuntalar su autoestima convenciéndose y reforzando, con su actitud, una imagen de tipo "soy inteligente pero vago" huyendo, de este modo, de la tan temida, "soy tonto pero trabajador". Es muy frecuente, encontrar adolescentes no demasiado bien tratados, cuyos síntomas de hiperactividad, impulsividad y falta de atención, no justifican ya el deterioro escolar y comportamental que reflejan en este momento. Su sistema nervioso ha madurado lo suficiente como para facilitarles, en teoría, su adaptación a las demandas ambientales.



Sin embargo, las secuelas escolares, emocionales y sociales de su fracaso en años anteriores son tales, que ni su rendimiento ni su conducta reflejan el "debilitamiento de los síntomas del trastorno".

La mayoría de estos chicos temen, de forma inconsciente pero con gran intensidad, el fracaso, así que evitan cualquier situación que pueda enfrentarles a él. El 25% de los niños con TDAH, especialmente aquellos que manifiestan conductas agresivas, alcanzan niveles clínicos de depresión.

Uno de los **objetivos del tratamiento del TDAH es evitar la aparición de este deterioro emocional:**

1. regulando la exigencia;
2. apoyando con tratamiento al niño;
3. ayudándole a sobrellevar el esfuerzo y las dificultades durante los primeros años.

De ese modo, cuando los síntomas se reduzcan por efecto de la maduración neurológica, el niño podrá compensar mejor los pequeños déficit que mantenga.

El funcionamiento social

Como todos los niños, aquellos que tienen déficit de atención con hiperactividad pueden relacionarse con los demás de muchas maneras diferentes. Por lo tanto, podemos encontrar niños con TDAH que pueden:

- Estar integrados en un pequeño grupo de amigos de su clase.
- Ser abiertamente rechazados y quedarse aislados por su comportamiento hiperactivo e impulsivo, especialmente si muestran reacciones agresivas (los niños sólo con déficit de atención tienen menos problemas de relación).
- Ser considerados integrantes del aula de clase pero no ser excesivamente populares.

- Pulular de grupo en grupo de niños intentando encajar en alguno y añorando tener un amigo especial.
- Tender a jugar solos, perdidos en sus propios juegos imaginativos sin echar de menos el contacto social en juegos organizados.
- Preferir relacionarse con niños mayores o más pequeños evitando el contacto con los de su propia edad. La relación con niños pequeños les permite dominar mientras que la relación con los mayores suele ser más fácil y menos exigente que con los de su misma edad.

En muchas ocasiones se ha relacionado la agresividad con el TDAH cuando el trastorno no tiene por qué conllevar un comportamiento agresivo. Para entender la relación entre agresividad y TDAH, aclararemos antes los tres tipos de comportamiento agresivo:

1. **Comportamiento impulsivo que tiene como consecuencia una agresión.** Se suele dar en muchos niños con TDAH de 3-6 años que tienen una conducta excesivamente impulsiva. En ocasiones, la conducta impulsiva tiene como consecuencia resultados graves y al entorno le cuesta entender que se trata de pura impulsividad, sin una actitud deliberada y malintencionada.
2. Los niños que muestran una **agresividad proactiva** agreden con la intención de conseguir un objeto, recuperar un territorio, controlar o dominar a los demás. Su comportamiento parece más reflexivo, planificado y pícaro. Es lo que comúnmente entendemos por conducta agresiva. No es un comportamiento propio de niños con TDAH dado que suele exigir demasiada planificación.
3. Los niños que muestran una **agresividad reactiva**. Se trata de conductas agresivas que tienen un origen defensivo. Estos niños agreden para protegerse de lo que consideran, muchas veces de forma poco objetiva, un ataque de los demás. Su actitud se acompaña normalmente de ira y rabia y suele ser motivo de inicio de peleas. Sus reacciones son impulsivas, poco



planificadas y, en muchas ocasiones, injustas pero no intencionadamente crueles. Este tipo de agresividad reactiva aparece en muchos niños con TDAH que muestran baja autoestima, que han vivido experiencias de rechazo social, que se sienten irritables y muchas veces deprimidos. Su comportamiento agresivo-reactivo puede ser puntualmente intenso pero no suelen guardar rencor o resentimiento.

Puede parecer curioso que, a pesar de que desde nuestro punto de vista como adultos nos parezca más reprobable la agresividad proactiva (intencionada), sea la agresividad reactiva (defensiva) la que peor correlaciona con un buen estatus sociométrico.

Los niños agresivos reactivos son peor aceptados por los demás que los que muestran agresividad proactiva. Esto podría explicarse porque el niño que muestra agresividad proactiva, que intenta dominar a los demás o arremete para conseguir un beneficio, puede tener cierto éxito social. Es un niño con iniciativa y fuerza que puede atraer a los pequeños o a aquellos niños más débiles que se unen a él para sentirse fuertes o aprovecharse de los beneficios de sus conquistas. Los niños que muestran agresividad reactiva son niños impulsivos, inmaduros, difíciles de prever y desconcertantes para sus compañeros, quienes valoran muchas veces su actitud como injusta, ilógica y desproporcionada. Por este motivo suelen ser más rechazados por los compañeros de clase.

Aunque los niños de 3 a 5 años pueden ser vengativos y malintencionados en algunas ocasiones, la experiencia me ha demostrado que la mayoría de los niños con TDAH que agreden lo hacen más por impulsividad que por el deseo expreso de perjudicar al otro. En estos pequeños, el deseo de captar la atención de los otros, de sentirse escuchados, de decir "¡eh!, ¡estoy aquí!, ¡hazme caso!", se traduce, muchas veces, en un contacto físico brusco y desagradable que con frecuencia

resulta agresivo. El rechazo lógico de los demás contribuye a acentuar este tipo de conductas que con el tiempo es posible que se vuelvan más conscientes e intencionadas. Suele coincidir que el niño más agresivo es el que menos pautas educativas claras tiene en casa, en la mayoría de los casos porque su mal comportamiento genera en los padres tanta tensión y desconcierto que actúan de forma incoherente (le controlan en exceso en unos momentos y le toleran todo cuando ya no pueden más) o recurren a actitudes excesivamente controladoras y al castigo constante. Si esa situación se extiende también en el colegio, el niño puede sentirse permanentemente acosado y desarrollar problemas de conducta, irritabilidad y agresividad que muchas veces son una clara manifestación de un fondo depresivo.

¿Qué factores influyen en la evolución positiva de los niños con TDAH?

Como ya hemos dicho y no nos cansaremos de insistir, a pesar del sustrato neurológico innegable ya del TDAH, la sintomatología inherente al cuadro (déficit de atención, hiperactividad motriz e impulsividad, ausencia de autocontrol emocional...) se moldea en función de la acción educativa de la familia y de la escuela.

Por lo tanto, en la evolución y el pronóstico de los niños con TDAH influyen múltiples factores tales como:

1. El grado de afectación biológica de base con presencia o ausencia de signos neurológicos menores.
2. La presencia asociada de trastornos como las dificultades de aprendizajes (dislexia, discalculia, disortografía...), los trastornos de la coordinación, etc.
3. La presencia de otros trastornos graves del comportamiento y/o el consumo de drogas.
4. La presencia de otros trastornos emocionales asociados como cuadros

depresivos (trastorno bipolar, trastorno distímico, depresión mayor, ansiedad generalizada, fobias, etc.).

5. La adecuación de los programas de intervención al perfil cognitivo, comportamental, social y emocional del niño.
6. La utilización o no de tratamiento farmacológico de apoyo (suficiente y controlado) en combinación con otro tipo de intervención.
7. El nivel de competencia social.
8. El éxito de los programas de control de conducta en casa y en la escuela.
9. El éxito de las medidas de prevención del retraso académico.
10. El grado en el que el niño con TDAH consigue potenciar otras habilidades, aquellas para las que sí está especialmente dotado con apoyo y reconocimiento social.
11. Las características sociofamiliares del niño con TDAH.
12. La presencia de TDAH en uno o ambos padres.
13. La medida en que la escuela o el instituto puede ajustarse a las necesidades del niño.



14. El modo en el que el programa de intervención consiga que la persona con TDAH se conozca y acepte de forma sana sus propias características.

Tratamiento del TDAH

Cuando pensamos en el tratamiento idóneo para el TDAH, debemos tener presentes dos aspectos:

- el primero se refiere a la sintomatología de base propiamente dicha: la presencia, con una intensidad excesiva para la edad mental, cronológica y el nivel educativo del niño, de falta de atención y/o hiperactividad/impulsividad;
- el segundo y, quizá más importante, el "efecto de bola de nieve" que suele generar dicha sintomatología básica y que puede provocar un deterioro muy importante de la conducta, de las relaciones sociales, del rendimiento académico o laboral y del equilibrio personal.

Como ya hemos mencionado antes, el TDAH es un trastorno que afecta de forma crónica al individuo, cuyos síntomas nucleares se ven moderados en la mayoría de los casos por la maduración neurológica (los niños pequeños suelen tener una sintomatología más acusada que los adolescentes y éstos que los adultos) y cuyo poder de deterioro personal, social, familiar y académico (es decir, su poder de desembocar en un trastorno gravemente desadaptativo) depende de la influencia del entorno, de la detección precoz y de la intervención temprana y global (tanto en el ámbito médico como psicológico y pedagógico).

Podemos afirmar que, a pesar de tener una afectación crónica, un individuo que ha conseguido aprender estrategias de compensación, cuyo sistema nervioso ha madurado, tratado de forma adecuada y entendido por el entorno, puede llegar, en la vida adulta a un nivel de adaptación normal, llegando a considerar sus características todavía presentes de impulsividad, hiperactividad o déficit de atención, más un



"rasgo de personalidad" que una sintomatología propia de un trastorno "patológico".

El niño con manifestaciones de TDAH de tipo combinado (aquel que manifiesta conjuntamente síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención), entre los 2 y los 6 años se encuentra en el peor momento de su desarrollo. Su conducta, en lo que se refiere a la capacidad de adaptación, autocontrol, atención, etc., es por lo menos 1 ó 2 años más inmadura que la de sus compañeros, lo que en estas edades les convierte en niños realmente difíciles de educar.

Durante la primera etapa de Primaria, las dificultades se asocian al mal rendimiento escolar y a los problemas que genera su hiperactividad o sus reacciones impulsivas. Su hiperactividad motriz es algo más moderada que en Educación Infantil pero sigue generando muchos problemas. Al llegar la adolescencia, muchos de estos niños muestran una hiperactividad motriz más sutil. No se levantan, pero se remueven en el asiento, no paran de hablar, golpetean los lápices, juegan con algo en las manos y tienen dificultades para tolerar, sin distraerse, sesiones largas de clase o prolongadas esperas.

La falta de atención, aunque presente, es, también en estas edades, más moderada, y en la mayoría de los casos puede justificar un rendimiento insatisfactorio (aprueba pero no demuestra todo lo que por capacidad podría), pero no insuficiente (no llega al límite necesario para aprobar). En estos casos, el perfil sintomatológico del TDAH ha mejorado como para dotar al niño de capacidad suficiente para enfrentarse a las tareas escolares y a la demanda ambiental.

¿Por qué suspende entonces?

El fracaso académico resulta de la suma de:

- a) unas condiciones biológicas menos adecuadas para el estudio (impulsividad, falta de atención, dificultades para manejar información mentalmente sin equivocarse,

fatiga en situaciones que requieren atención prolongada, ausencia de planificación, dificultades en la percepción del paso del tiempo, etc.);

- b) una historia de vivencia constante de pequeños o grandes fracasos (aunque no haya suspendido desde hace mucho tiempo, su día a día está lleno de "meteduras de pata" con los amigos, los padres y los profesores, lo que acaba generando un sentimiento de falta de control sobre su vida);
- c) las peculiaridades propias de cualquier etapa adolescente (inseguridad, actitud reivindicativa, rebeldía, egocentrismo, labilidad emocional, etc.).

Si el niño con TDAH llega a terminar sus estudios (vía Bachillerato o por Formación Profesional) sin grandes fracasos, una autoestima más o menos apuntalada y unas relaciones sociales y familiares gratificantes, la mayor parte del trabajo está ya realizado. El adulto con TDAH tiene más posibilidades que el niño de conseguir una adaptación social. Un adulto puede elegir estudios que se adapten a sus otras habilidades mientras que el niño tiene un currículo cerrado. El joven puede elegir estudiar en turno de noche, de tarde o de mañana y de forma intensiva, mientras que el niño tiene horarios más prolongados y rígidos. El adulto puede elegir trabajar en el entorno muy estructurado de una empresa o tener la libertad de generar su propio negocio.

¿Cuál es el objetivo del tratamiento del TDAH?

Teniendo en cuenta lo dicho con anterioridad, el objetivo del tratamiento del TDAH debe dirigirse a:

1. **Optimizar la educación que recibe el niño con el fin de amortiguar la intensidad con la que se manifiestan los síntomas del TDAH sea cual sea el grado de afectación neurológica de fondo.** En los primeros años, se dirige

principalmente a superar la escolaridad obligatoria evitando que, durante este tiempo, el niño acumule falta de base académica afianzando sus aprendizajes, solidificando la autoestima, estimulando el espíritu de lucha (que inicialmente tienen y van perdiendo), amortiguando los efectos de la impulsividad y la falta de autocontrol (por lo tanto, evitando el rechazo social), desarrollando estrategias que compensen los déficit propios del trastorno y realizando una orientación universitaria o de formación profesional acorde con toda su persona y no únicamente con sus rasgos de TDAH.

2. **Evitar el deterioro emocional y conductual que frecuentemente aparece secundario a las dificultades que genera el TDAH en su intento de adaptarse a las exigencias escolares, familiares y sociales.** Con el tiempo, muchos niños con TDAH muestran baja autoestima, baja tolerancia a la frustración (tendencia a tirar la toalla ante la mínima dificultad), baja tolerancia a situaciones que requieren esfuerzo, ausencia de espíritu de lucha (vaguería), sentimiento de indefensión (percepción de que las cosas no tienen solución), irritabilidad, sentimientos de culpa, agresividad, etc. En muchos casos el malestar puede desembocar en cuadros más severos de ansiedad y/o depresión.
3. **Proporcionar al niño y la niña con TDAH estrategias que le permitan conocerse mejor, aceptarse a sí mismo, afrontar las dificultades de forma positiva, desarrollar estrategias de compensación y potenciar sus buenas habilidades** con el fin de conseguir una vida plena, adaptada y feliz.
4. **Evitar el deterioro y la aparición de patologías específicas** o comportamientos con frecuencia secundarios al TDAH como: el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial, las adicciones al alcohol y otras drogas, accidentes de tráfico, embarazos no deseados, trastornos depresivos, ansiedad, pérdida recurrente de empleos, fracaso en las relaciones de pareja, etc.

Un programa de intervención en tres vertientes.

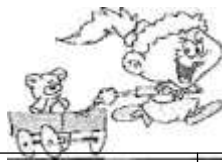
Dado que el TDAH es un trastorno de base neurobiológica pero que depende en gran medida de la intervención educativa, el programa de intervención debe desarrollarse en tres vertientes: el niño, los padres y los profesores.

1. Programa de intervención diseñado para el perfil específico de cada niño.

Dicho programa incluye compaginar el tratamiento cognitivo-conductual y el apoyo farmacológico, en el modo, tiempo y dosis que sea precisa en cada momento.

1. El tratamiento cognitivo-conductual. Se refiere a la aplicación de una serie de técnicas cognitivas y conductuales dirigidas a las siguientes áreas (incidiendo en cada una de ellas con la intensidad y la prioridad que cada caso requiera):

a) **Entrenamiento en autocontrol de la conducta.** La falta de autocontrol del niño con TDAH hace que, en los primeros años, el peso de la regulación recaiga sobre el entorno tratando, a partir de ahí, de transferir al niño, poco a poco, cierta autonomía en el manejo de su propia conducta. Se podría decir que el niño con TDAH se comporta en tareas que requieren atención, planificación y reflexión, como un niño 1 ó 2 años más inmaduro, por lo que el primer paso debe ser analizar el modo de adaptar la exigencia educativa a lo que puede dar en cada momento. La mayor parte de los problemas de los niños con TDAH en el colegio se generan porque los profesores y el entorno escolar esperan del niño un comportamiento que está fuera de su alcance. Cuando el niño no responde, los profesores, que desconocen el TDAH, no tratan el problema como una falta de madurez entrenando y reforzando la práctica de ciertas habilidades, sino que lo perciben como una falta de voluntad y actúan como creen que se modificarían esas conductas si así fuera: utilizando el



castigo como medida de cambio. Por supuesto que, aunque el castigo pueda parecer efectivo los primeros minutos, no modifica las conductas a largo plazo que el niño no ha aprendido. Resulta de gran ayuda tratar al niño con TDAH como si fuera 2 años menor en todos aquellos aspectos que requieren atención, autocontrol, organización y planificación. Si pensamos en ellos como niños más pequeños nos resultará fácil adelantarnos a sus dificultades y no nos desesperaremos tan rápido,

- b) **Entrenamiento cognitivo** mediante la utilización de estrategias de percepción, análisis y solución de problemas; del desarrollo de habilidades de planificación y de autoevaluación; del aprendizaje en el uso de la verbalización y las autoinstrucciones para ayudar en la consecución de todos esos procesos y del entrenamiento en realizar atribuciones adecuadas a los hechos negativos y positivos de su vida. El objetivo de este entrenamiento cognitivo es sustituir el estilo de procesamiento impulsivo de los niños con TDAH por otro más reflexivo y eficaz. Este tipo de entrenamiento es más eficaz en niños desde 3.º a 6.º de Primaria y en niños mayores cuya situación no esté tan deteriorada que nos permita dedicar tiempo a un entrenamiento de este tipo. La mayor parte de los adolescentes con TDAH no diagnosticados en la primera infancia acumula una historia de problemas emocionales, un gran fracaso escolar y problemas de conducta, lo que impide dedicar tiempo al entrenamiento específico de algunas estrategias cognitivas. La intervención persigue, entonces, objetivos más inmediatos y complejos: mejorar la relación con los padres, controlar la conducta en el colegio, favorecer la integración con los iguales, organizar una estructura de apoyo escolar que le permita recuperar las asignaturas suspensas u orientar sobre estudios futuros.

- c) **Entrenamiento en habilidades sociales** como: el reconocimiento de emociones en sí mismos y en los demás ante situaciones específicas, aumento y desarrollo de mayor variedad de estrategias de solución de problemas de este tipo, aumento de la autonomía física y reducción de la dependencia emocional, desarrollo de conductas asertivas, desarrollo de un espíritu crítico sano y aceptación de la autoridad, entre otros.

- d) **Entrenamiento emocional** mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento de situaciones críticas y de aumento de la tolerancia a la frustración. Ayudar al niño a recuperar el sentimiento de control sobre su rendimiento académico y su conducta, estimular el espíritu de lucha perdido, combatir la ansiedad y el estrés, etc.

- e) **Apoyo escolar, refuerzo de los aprendizajes básicos y tratamiento de las dificultades de aprendizaje, las dificultades de coordinación, de percepción espacial u otras alteraciones asociadas si las hubiera.** El niño con TDAH puede ser apoyado escolarmente por sus padres en casa, siempre y cuando dicha labor no deteriore la relación padres-hijo. En ocasiones se necesita un profesor de apoyo y/o particular para ayudarle a no perder el ritmo, conseguir todos los apuntes, mantener cierto orden en su material, supervisar la organización del tiempo, la entrega de trabajos o entrenar en la realización de diferentes tipos de exámenes (muchos niños con TDAH suspenden exámenes que realmente han estudiado).

2. El apoyo farmacológico.

El tratamiento farmacológico está dirigido a optimizar el funcionamiento cerebral del niño, adolescente o adulto con TDAH. En el año 1937, una investigación realizada por Bradley puso en evidencia la eficacia

de los estimulantes como la dextroanfetamina sobre la sintomatología del TDAH. ¿Cómo es posible que un niño hiperactivo pueda beneficiarse de una mediación estimulante? El mecanismo exacto de acción de los estimulantes sobre el sistema nervioso central de las personas con TDAH no está todavía claro, aunque se sabe que actúan sobre la acción de transmisores cerebrales como la dopamina y la noradrenalina. Estos transmisores cerebrales o neuro-transmisores son sustancias químicas que permiten que la información se transmita de una célula nerviosa a otra salvando el espacio que las separa (espacio sinóptico). Cualquier problema en la regulación de la producción o de la captación de dichos transmisores cerebrales afecta a la velocidad de transmisión de la información.

Aunque parezca paradójico, el funcionamiento cerebral de las personas con TDAH parece ser más lento y en ocasiones peor organizado que el de las personas sin TDAH. La medicación no arregla el sistema, pero permite un funcionamiento cerebral más óptimo y evita la fatiga en tareas que exigen autocontrol y concentración.

Se ha demostrado que la utilización de estimulantes reporta unos beneficios directos e inmediatos, por lo menos en el 70% de los casos:

- a) Mejora el estado de alerta. El niño realiza con mayor corrección tareas que requieren prestar atención.
- b) Reduce la fatiga cuando la tarea es prolongada.
- c) Mejora el rendimiento en las tareas puesto que favorece la acción de la memoria de trabajo, aquella que nos permite tener en mente la información mientras la utilizamos con el fin de resolver problemas.
- d) Reduce la hiperactividad motriz.

- e) Reduce la impulsividad cognitiva (frenar y analizar pensamientos) y comportamental (frenar acciones).

El tratamiento farmacológico, además, tiene un beneficio psicológico secundario puesto que:

- Posibilita que el niño obtenga éxito en un tiempo muy breve, lo que le hace sentir que su esfuerzo por modificar su vida es productivo.
- Potencia el efecto de los programas de tratamiento cognitivo-conductuales.
- Favorecer que recupere el sentimiento de control sobre su ejecución y su comportamiento.
- Dado que aumenta la probabilidad de éxito académico y de control del comportamiento, reduce el número de sanciones y castigos ayudando a evitar el progresivo deterioro del nivel de tolerancia a la frustración que suele darse en niños que se ven sometidos a pequeñas y constantes experiencias de fracaso (olvida los deberes, rompe todo lo que cae en sus manos, empuja, habla demasiado alto, provoca accidentes, etc.).
- Reduce la posibilidad de fracaso en el rendimiento diario en el colegio: favorece el mantenimiento de la alerta durante las explicaciones de clase y la culminación a tiempo de las tareas, y reduce la probabilidad de cometer fallos simples en los exámenes.
- Fomenta, indirectamente, el sentido de autoeficacia y el aumento de la autoestima.

Entre los fármacos empleados en el TDAH que se encuentran en España el Metilfenidato es el único fármaco comercializado en España hasta el año 2003 bajo el nombre de Rubifén (Ritalín o Ritalina en otros países) y, con el nombre de Concerta, en una nueva y reciente versión que permite la liberación progresiva de dos dosis con una sola toma.



En el año 2003 comienza a comercializarse en Estados Unidos y bajo el nombre de Strattera (en Argentina, Recyt), una alternativa a los estimulantes, la Atomoxetina. Este fármaco, basado en la inhibición selectiva de la recaptación de la noradrenalina, no es un estimulante y parece tener un efecto similar a aquellos estimulantes utilizados hasta el momento.

Para cualquier niño con TDAH, el tratamiento farmacológico es un tratamiento de apoyo que no tiene sentido si no existe un programa de intervención psicopedagógico que potencie las capacidades del niño, le entrene en el autoconocimiento, en la detección de situaciones problema, le ayude a desarrollar estrategias de compensación y le permita mantener un fuerte equilibrio psicológico que le ayude a enfrentarse de forma sana a las dificultades que la sintomatología del TDAH pueda suponer para su desarrollo.

El tratamiento farmacológico debe ser prescrito y controlado por un profesional de la medicina familiarizado con el TDAH, tras un diagnóstico claro y exhaustivo del caso.



¿Cuál es la postura más sensata ante la medicación? Siempre nos referiremos a la medicación de la misma manera. En todos los casos, debemos proceder del siguiente modo:

1. Realizar un diagnóstico fiable de TDAH incluyendo la exploración médica necesaria para que se descarte la existencia de otras patologías que pudieran contraindicar la medicación y valore, con los datos de la exploración, del comportamiento en casa y del comportamiento en el colegio, las dificultades de adaptación y, por lo tanto, la necesidad o no de apoyar el tratamiento con medicación.
2. Una vez determinada la medicación y la dosis por el médico, los padres pueden iniciar el tratamiento.
3. Probar la medicación en casa durante un fin de semana para, que los padres se tranquilicen al no observar síntomas extraños y puedan valorar de primera mano su efecto.
4. Aplicar la medicación en tiempo de colegio para que el profesor pueda valorar su efecto. Tratar de obtener datos lo más objetivos posibles, para lo cual sería aconsejable la realización de un pequeño registro durante 3-5 días del nivel de hiperactividad, el grado que se observa falta de atención y el rendimiento en clase. Basta con apuntar en el mismo horario de clase, cada hora, los tres aspectos en una escala de 0-10.
5. Proporcionar al médico esta información objetiva de la evolución para determinar, en función del efecto observado, la adecuación de la dosis, el aumento o la retirada de la medicación.
6. Utilizar la medicación para aquellas situaciones escolares o no escolares que supongan una gran exigencia para el niño en ese momento.

8. Si su uso es eficaz, valorar junto con el médico la posibilidad de reducir o retirar la medicación una vez el programa de intervención cognitivo-comportamental comience a estar dando sus frutos. Desgraciadamente en muchos casos, la retirada no puede realizarse tan pronto como a todos nos gustaría.

2. Programa de asesoramiento o entrenamiento educativo a los padres.

En muchas ocasiones los padres de niños con TDAH sufren injustamente las críticas reiteradas de la familia, de los profesores, de vecinos y amigos por la falta de control de la conducta o el mal rendimiento escolar de sus hijos. Los niños con TDAH, especialmente los de tipo combinado, son niños cuyo comportamiento parece semejante al de los niños maleducados. Son niños mucho más difíciles de educar y que requieren que los padres tengan una formación "casi profesional" en control de conducta. Por lo tanto, no es difícil, que las familias no estén preparadas para manejar un niño de estas características. No podemos afirmar, por ello, que el origen de la conducta de TDAH sea tan sólo un problema de disciplina.

En este apartado del tratamiento incluimos el entrenamiento y formación para todas las personas clave en la educación del niño con TDAH, incluidos, si es necesario, los cuidadores o familiares más cercanos.

El maestro que detecta en su aula un niño o una niña con sintomatología hiperactiva, desatenta o impulsiva por encima de lo que considera lógico para el grupo de edad, debe ponerse en contacto con los padres. A continuación recogemos algunos consejos para realizar dicha entrevista:

1. Tenga en cuenta que el niño es difícil de manejar en el colegio más que en casa, es posible que los padres no hayan detectado el problema o que, habiéndolo detectado, teman que si comentan cómo es su comportamiento, vayan a crearle más problemas que beneficios en el colegio.
2. Recuerde que los padres de niños con TDAH sufren mucho estrés y son constantemente recriminados en su papel de educadores por el entorno. Se les responsabiliza del comportamiento de su hijo incluso en situaciones en las que ellos no están presentes.
3. Comience la entrevista relatando las virtudes del niño, transmita que su hijo le gusta y que se preocupa por él.
4. Dé información objetiva sobre aquellas conductas que le preocupan. Aunque esté convencido de que se trata de TDAH, es mejor que no mencione el trastorno, sino los síntomas que observa: impulsividad, falta de atención, fracaso al terminar las tareas, actividad motriz constante, conducta disruptiva, reacciones explosivas con los compañeros, etc. Muestre trabajos y ponga ejemplos de situaciones concretas.
5. No muestre al niño como culpable, recuerde que está hablando de dificultades de adaptación por conductas que al niño le cuesta controlar.
6. No olvide comentar todas las medidas, productivas o no, que ha utilizado para mejorar todos estos aspectos. Muchos padres sienten que el profesor les transmite el siguiente mensaje: "Su hijo no funciona en clase, ustedes son los responsables de ello, espero que tomen medidas". Los padres no tienen un mando a distancia, es el profesional que está con él el que debe saber manejarlo. Si no puede, pida ayuda, pero no culpabilice a los padres.
7. Recuerde transmitir hacer sentir que la preocupación y la responsabilidad sobre el problema del niño es compartida, por usted, con los padres. El niño es de los padres, de acuerdo, pero la responsabilidad de conseguir enseñarle y educarle (no sólo de enseñarle) en el colegio es nuestra.
8. Tranquilice a los padres si observa ansiedad. Recuerde que una actitud de defensa a ultranza del niño es una forma de



transmitir que el padre tiene miedo de todo lo que se le está diciendo.

9. Sea objetivo, pero no descorazonador. Anime a los padres.
10. Pídeles la ayuda de un profesional si lo cree necesario. Oriénteles sobre los profesionales que puedan consultar.

3. Un programa de asesoramiento educativo a los profesores con el desarrollo de las adaptaciones metodológicas adecuadas

El niño con TDAH no es un niño que necesite, salvo algunos casos con comorbilidad con otros trastornos, una adaptación curricular significativa, pero sí determinadas adaptaciones metodológicas.

Los objetivos del programa de asesoramiento educativo a los profesores persigue ayudarles en la consecución de los siguientes objetivos que desarrollaremos con más detenimiento en los dos capítulos siguientes:

- Realizar las modificaciones ambientales que puedan favorecer el mejor manejo de la conducta del niño y faciliten su enseñanza.
- Diseñar las modificaciones metodológicas que permitan un mejor control del proceso enseñanza-aprendizaje adaptándose a las características del nuevo grupo (no sólo a las del niño con TDAH).
- Estructurar las actividades y diseñar medidas de apoyo para reducir el riesgo de que el alumno con TDAH pierda información.
- Estar alerta a detectar otras dificultades específicas que pueden no haber sido diagnosticadas hasta el momento (problemas de lectura, cálculo, alteraciones en el estado de ánimo, etc.).
- Amortiguar el impacto del comportamiento impulsivo, de las llamadas de atención y del mal comportamiento del niño con TDAH evitando o moderando, en la medida de lo posible, el rechazo social.
- Transmitir a los alumnos la importancia de valorar el progreso conforme a la evolución

personal de cada uno evitando comparaciones entre los alumnos. Potenciar ante él mismo, y ante los demás, sus otras cualidades.

- Ayudar a él y a su familia en la "intendencia escolar". Informar a los padres de las fechas de exámenes, del tipo de ejercicios, ayudarles a buscar estrategias para evitar la pérdida de material, etc. Planificar un tiempo para que el niño pueda revisar su material, ordenar su pupitre o recopilar apuntes perdidos.
- Procurar *feedback* comportamental, del rendimiento y de la situación emocional y social del niño en el aula a los profesionales que trabajan con él.
- Solicitar ayuda para situaciones concretas que no sepa cómo resolver.
- Separar en la evaluación: procedimientos y conocimientos.
- Facilitar que el niño recuerde que debe tomar su dosis de medicación cuando no hay quien supervise ese proceso en el colegio. Es cierto que controlar la medicación de un niño no es labor del profesor de aula, pero sin su ayuda el tratamiento no sería viable en muchos casos. Para comprometerse a apoyar al niño en esta parte del tratamiento, es lógico que el profesor solicite informes médicos que describan las características de la medicación y dosis.

Para conseguir todos estos objetivos, el profesor, sin duda, necesita:

1. Apoyo y reconocimiento institucional.
2. Información y formación sobre el TDAH.
3. Información sobre el niño con TDAH que está en su aula.
4. Los recursos necesarios.
5. Cooperación de la familia.
6. Reconocimiento a su esfuerzo y dedicación por parte de los padres.
7. *Feedback* de las mejoras y los avances del niño no sólo durante su curso escolar, sino, también, en años posteriores.

Sabemos que en nuestro colegio la situación no siempre es ideal, pero, de puertas para adentro, nuestra aula es nuestro pequeño reino y nuestro reto debería ser que nuestros niños salgan de nuestras aulas cada día un poco más serenos, un poco más equilibrados, un poco más sabios y tan felices por lo menos como cuando entraron.

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). DSM-IV-TR Tr.: Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona. Masson.

ARMSTRONG, T (2000). Síndrome de Déficit de atención con o sin hiperactividad. Estrategias en el aula. Barcelona. Paidós.

BARKLEY, R.A. (1990a). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York. Guilford Press.

BARKLEY, R.A. (1991). Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical workbook. New York. Guilford Press.

BARKLEY, R.A. (1997b). Defiant Children a clinician manual for assessment and Parent Training. New York. Guilford Press.

BARKLEY, R.A. (1999a). Defiant Teens a clinical manual for assessment and family intervention. New York, NY Guilford Press.

BARKLEY, R.A. (1999b). Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Buenos Aires. Paidós.

FUNDACIÓN ADANA (2004). Comportamiento y TDAH. Barcelona. Adana Fundación.

JOSELEVICH, E. (2000). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. AD/HD en niños, adolescentes y adultos. Buenos Aires. Paidós.

MULAS, F.; TELLEZ DE MENESES, M.; HERNÁNDEZ-MUELA, S.; MATTOS, L; PITARCH, I. (2004). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y epilepsia, *Revista de Neurología*, 39 (2), 192-195.

MURPHY, K., y BARKLEY, R.A. (1996). Upda-ted adult norms for the ADHD Behavior Chec-klisf for adults. *The ADHD Report*, 4, 1 2-1 ó.

ORJALES, L, y POLAINO-LORENTE, A. (1988). "Evaluación pediátrica de la eficacia terapéutica diferencial en el tratamiento de la hiperactividad infantil". *Acta Pediátrica Española*, 46 (1), 39-54.

O'REGAN, F. (2002). How to teach and manage children with ADHD. UK. LDA.

ORJALES, I. (1991). Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperkinético, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

ORJALES, I. (1997). Adaptación familiar, desarrollo intelectual y trastornos psicopatológicos en los niños de Adopción Internacional. *Psicología Educativa*, 3 (2), 1 89-201.

ORJALES, I. (1 999). Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores. Ed. CEPE. Madrid.

ORJALES, I. (1999). *Las autoinstrucciones de Meichenbaum: una modificación para el tratamiento de niños con déficit de atención con hiperactividad*. Comunicación presentada en el III Congreso Internacional de Psicología y Educación. Santiago de Compostela, septiembre.

ORJALES, I. (2000). Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. Indicado para niños y niñas impulsivos y con déficit de atención con hiperactividad TDAH. Ed. Cepe. Madrid.