

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH), PADRES Y ESCUELA.

INTRODUCCIÓN

El TDAH es el trastorno de origen neurobiológico más común en la infancia, su prevalencia se estima en torno al 5%, lo que supone al menos un/a niño/a en cada aula de 20-25 alumnos. Se caracteriza por una serie de comportamientos que interfieren en el óptimo desarrollo evolutivo del niño, tanto a nivel cognitivo, como de relación con la familia e integración con el resto de niños de su edad. No es correcto decir que actualmente haya una sobrevaloración del TDAH, simplemente no se ha empezado a diagnosticar de forma protocolizada hasta hace unos años; probablemente incluso haya un infradiagnóstico: muchos niños TDAH pasan por *revoltosos-rebeldes o despistados incorregibles*. Tampoco es cierto que el TDAH surja por alergias alimentarias, convivir en ambientes sociofamiliares desfavorables, pobre educación, escuelas infectivas... (aunque obviamente los últimos ejemplos siempre empeoran la situación).

DIAGNÓSTICO

En la actualidad no existe ninguna prueba de laboratorio que permita diagnosticar el TDAH, si bien se sabe que existe una estrecha relación entre el trastorno y una alteración en el gen encargado de producir los receptores del neurotransmisor dopamina, entre otros. También se ha comprobado que los circuitos y grupos de neuronas que controlan la atención, la memoria de trabajo y la inhibición de las respuestas son más pequeños y menos activos en niños con TDAH

La elaboración del diagnóstico es compleja, debe ser realizado conjuntamente por un neuropediatra o psiquiatra infantil y un psicólogo clínico o neuropsicólogo, mediante la/s entrevista/s con el profesorado, la familia y el propio niño, y con la aportación de los informes (tests) elaborados por cada una de las partes implicadas. Según el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*, de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el TDAH deben cumplirse los siguientes requisitos:

- A. Deben apreciarse 6 o más de los 18 síntomas descritos en la tabla inferior y deben haber estado presentes durante más de 6 meses.
- B. Algunos síntomas estarán presentes antes de los 7 años.
- C. Manifestarse por igual al menos en dos ámbitos (colegio y casa).
- D. Clara evidencia de afectación social, académica u ocupacional.
- E. Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo que pudieran estar justificando la sintomatología.

Grupo A

1. No pone atención a los detalles y comete errores frecuentes por descuido
2. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos
3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente
4. No sigue las instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no termina los “recados”, a pesar de entenderlos
5. Dificultades para organizar sus tareas y actividades
6. Evita o rechaza realizar tareas que le demanden esfuerzo
7. Pierde sus útiles o cosas necesarias para hacer sus actividades obligatorias (lapiceros, libros...)
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria

Grupo B

10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado
11. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado
12. Corretea, trepa... en situaciones inadecuadas
13. Dificultad para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto
14. Habla excesivamente
15. Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas
16. Tiene dificultad para esperar turnos en los juegos
17. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás
18. Está continuamente en marcha *como si tuviera un motor por dentro*

Después del estudio en profundidad y según los síntomas predominantes se realizará la clasificación del TDAH. Así denominaremos:

- **TDAH tipo inatento**, si predominan los del grupo A
- **TDAH hiperactivo – impulsivo**, si predominan los del grupo B
- **TDAH tipo combinado**, si presentan síntomas de ambos grupos indistintamente.

Los problemas propios de la adolescencia se acentúan en un niño con TDAH. El adolescente se vuelve discutidor, desafiante e intolerante por sus caprichos. Además el rendimiento académico empeora, por lo que la sensación de fracaso se generaliza y la autoestima se hace cada vez más negativa, todo esto aumenta el riesgo de depresiones y suicidio. El adolescente hiperactivo es más propenso al consumo de drogas y alcohol, ya que les produce un efecto sedante.

Además la mayoría de los niños TDAH pueden padecer con frecuencia otros problemas asociados, que requerirán atención especial:

- Trastornos de lenguaje y trastornos perceptivo-motores
- Dificultades de aprendizaje
- Trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta
- Relaciones sociales conflictivas
- Depresión y ansiedad
- Tics y trastorno de Gilles de la Tourette

TRATAMIENTO

Respecto al tratamiento, el que ha demostrado mayor efectividad es el multimodal: combina el farmacológico, psicológico y psicopedagógico, y en el que es fundamental el papel de la familia y profesorado.

Un tratamiento combinado, correctamente pautado y de instauración precoz puede ofrecer nuevas perspectivas a la vida del niño y a su futuro.

- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Se dispone de una gran cantidad de estudios y datos que indican la eficacia y seguridad de los estimulantes en el tratamiento del TDAH. Existen fármacos estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina) que actúan sobre el neurotransmisor dopamina y no estimulantes (atomoxetina, bupropión, tricíclicos) de efecto sobre la noradrenalina. Estos fármacos inhiben la recaptación de los neurotransmisores y así aumentan su cantidad en algunas zonas del cerebro (frontal principalmente) que funcionan por debajo de lo normal en estos niños.

¿Qué efectos que se consiguen con un buen seguimiento de la pauta?:

En el área cognitiva:

- Mejora la atención, especialmente la sostenida
- Mejora el tiempo de reacción
- Reduce la impulsividad

- Mejora la memoria, especialmente a corto plazo
- Mejora los estilos de respuestas

En el área motora:

- Aminora la inquietud motriz no propositiva

En el área escolar:

- Disminuye la distracción en tareas concretas

- **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

Consiste en una serie de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para establecer o incrementar las conductas deseadas, y reducir o eliminar las conductas inadecuadas.

- **TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO**

Va dirigido a mejorar el rendimiento académico del niño y a instaurar un hábito de estudio. Tiene tres grandes frentes, que deben conocerse perfectamente para poder trabajar sobre las diferentes áreas y conductas: familia - profesor – terapeuta.

No desarrollo más el apartado tratamiento pues éste debe ser diseñado individualmente para cada niño, ya que será más efectivo uno u otro dependiendo del tipo de trastorno. En niños con TDAH simple la medicación es la mejor opción. En el caso de niños con TDAH y trastorno oposicional o negativista desafiante ayuda más la combinación de psicoterapia y medicación. Y en pacientes con TDAH y trastornos de ansiedad parece que la psicoterapia sola puede ser eficaz. En resumen, el tratamiento requiere conseguir que el niño **pueda** (trastorno por déficit de atención) y **quiera** (problema de conducta) hacer las cosas. Para lo primero será necesario prescribir un fármaco y para lo segundo hay que realizar tratamiento combinado.

Sin embargo sí parece adecuado indicar una serie de pautas que, realizadas tanto en el ámbito familiar como en el escolar, ayudarán al niño, al resto de los compañeros y al propio docente a desenvolverse con mayor efectividad. Voy a dividir este apartado en dos partes (para padres y profesores) aunque las recomendaciones pueden perfectamente ser válidas para ambos, e incluso se pueden poner en práctica para cualquier niño (adecuando la intensidad) pues realmente buscan la consecución de conductas adecuadas.

NORMAS O ESTRATEGIAS PARA PADRES:

- Lo prioritario es aceptar que el niño padece un trastorno crónico, que puede mejorar y conseguir llevar una vida cuasinormal pero a costa de esfuerzo, cariño y perseverancia.

- Confíe en los profesionales respecto al tratamiento. Si incluye el farmacológico acéptelo y rechace los bulos sobre falsos efectos secundarios; La experiencia científica demuestra su efectividad.
- Hay que entender, lo antes posible, cómo piensa un niño con este trastorno. Poseen un escaso sentido del pasado y del futuro (por lo que les es difícil aprender de sus errores o anticipar consecuencias futuras ante una acción determinada). Demuestra un interés excesivo por el presente, sobre todo si es llamativo, excitante, novedoso; su dificultad para frenar los impulsos les hacen meterse en bastantes líos.
- Recuerde que están muy necesitados de atención (dedicación), normalmente los niños les ignoran o incluso rechazan. A veces buscan en los mayores (familia, padres de los compañeros o profesores) lo que no obtienen de sus iguales. Pueden llegar a *hacerse pesados*, dependiendo del tiempo que se comparta.
- Mejore su autoestima: utilice mensajes positivos, crea en él, ayúdele a descubrir en qué es bueno y evite hacer comparaciones con otros niños (así nunca le motivará a esforzarse, eso sólo sirve para frustrarle más).
- Utilice el refuerzo positivo (¡algo habrá que haga bien!). Céntrese en el esfuerzo que ha realizado y no tanto en la calificación académica.
- Acostúmbrase a poner normas: claras, concisas y de introducción paulatina. Le ayudan mucho, evitan que se pierdan o dispersen. Utilice listas (puestas en lugares bien visibles) y horarios predefinidos.
- La rutina y el orden familiar actúan de forma similar. Se deben mantener en la medida de lo posible. Los cambios les alteran, pues les cuesta mucho cambiar de pauta.
- Ayude a su hijo a hacer las cosas paso a paso, marcando retos sencillos que sepamos que los puede alcanzar para generarle autoconfianza.
- No haga caso (estrategia de *extinción*) ante conductas que busquen llamar su atención (rabietas, interrupciones constantes, desafíos...) Es difícil, pero es la mejor forma de anular esa conducta. Manténgase firme, si usted al final *cede por agotamiento*, el niño seguirá utilizando esas conductas.
- En situaciones difíciles utilice el *tiempo fuera* (antes de seguir discutiendo es mejor zanzar el tema, que vaya a su cuarto y reflexione; quizá eso no le haga cambiar de idea pero al menos evitaremos generar un clima insostenible que suele desembocar en conflicto, muchas veces grave).
- Recuerde que usted es un ejemplo para su hijo.
- Busque la implicación del profesorado, su ayuda es fundamental en el proceso.

NORMAS O ESTRATEGIAS PARA EL PROFESORADO

1. Metodología para dar las clases:

- Para dar instrucciones establecer contacto ocular o proximidad física con el niño, asegurando así su atención. Es mucho más positivo sentar al niño en las primeras filas, cerca del profesor y lejos de ventanas, murales u otros elementos potencialmente distractores. Tradicionalmente se les ha sentado al final “donde molestaban menos”, es un error, allí el niño no se siente implicado, se aburre más y por tanto se evade o comienza a incordiar (según sea el tipo de TDAH). Las instrucciones serán cortas, de una en una y de forma concreta; cuando se realicen bien, elogiarlas de manera inmediata.
- Conviene que las explicaciones sean motivadoras (con ejemplos que el niño asocie fácilmente con su vida diaria) y dinámicas (facilitando la participación, preguntarle directamente para que no interrumpa en cualquier momento). Cuanto más

estructurada sea la exposición mejor comprensión. El maestro debe asegurarse de que lo ha entendido antes de continuar avanzando en el temario.

- Asignar tareas o deberes de calidad frente a cantidad. Para que el maestro conozca si el alumno sabe el temario no es necesario poner una gran cantidad de preguntas o problemas. La repetición de tareas no asegura la comprensión, además deben tener un formato claro y sencillo. En el caso de que la actividad sea necesariamente larga, fragmentarla. P. ej.: Si tienen que hacer 30 sumas, indicarles que hagan 10 primero, luego un breve descanso (se puede aprovechar para corregirlas), luego que haga otras 10 y después las 10 finales. Si es una redacción de 20 líneas, también puede parar a la mitad, el maestro podrá leer lo que lleva escrito y así con cualquier tarea.
- En los exámenes es conveniente estructurarlos de manera distinta (como hemos dicho con las tareas) y otorgar algo más de tiempo a estos niños. Su atención y poder de concentración no sólo decrece con el tiempo, si no que se extingue. Se debe permitir que se levante o se acerque a la mesa, una pequeña desconexión les ayuda mucho. Es importante tener claro que a estos niños no se les va a exigir menos (es decir, tienen que saber el temario y aprobar con un suficiente o sacar un sobresaliente si lo merecen, exactamente igual que el resto) pero para demostrar lo que saben tienen que hacerlo de una manera distinta a la habitual.

2. Cómo ayudar al alumno a organizarse (también sirve para el estudio en casa).

- Pactar objetivos concretos (existen ejemplos de *contrato de deberes o de trabajo*). Su cumplimiento comporta una recompensa (puede ser un simple reconocimiento público).
- Animarle a utilizar una agenda, que apunte todo de forma sistemática, supervisarla antes de irse a casa. Así evitaremos, en parte, la no realización de tareas por olvido.
- Evitar, en lo posible, todo tipo de estímulos distractores durante el tiempo de estudio (música, llamadas telefónicas, entradas y salidas del cuarto de otros miembros de la familia...)
- Fomentar el uso de esquemas y resúmenes, para el estudio habitual y sobre todo para los exámenes.

3. Respeto al comportamiento.

Dependiendo de la sintomatología predominante, el TDAH tiende a interrumpir la clase, moverse, no acabar sus tareas, estar distraído o molestar en el aula. Todo ello provoca situaciones difíciles de manejar por el maestro pero inevitables para el niño. El maestro también es un modelo, para todos los niños y una actitud tolerante, flexible, paciente y comprensiva respecto al TDAH obtiene siempre mejores resultados.

Los problemas de comportamiento **aumentan si:**

- La tarea es difícil y aburrida.
- Se les exige un trabajo por un periodo prolongado.
- Se les indica una tarea demasiado fácil y les sobra tiempo que no saben como emplear.
- Hay poco control sobre el alumno (RECREOS, COMEDOR, EXCURSIONES, TRANSICIONES DE AULA...)
- El niño no sabe qué esperan de él.
- Sólo se le recuerdan los errores, no se le acepta en los grupos, se le discrimina antes de que haga algo inadecuado.
- Es castigado en exceso, chillidos, amenazas...

Las estrategias más efectivas para **corregir el comportamiento** son:

- Refuerzo positivo (premio, felicitación...), la mejor con diferencia.
- Extinción (al principio de su aplicación la intensidad de la conducta puede aumentar, eso es normal, tiene que aprender a reconocer la consecuencia: no obtener nada).
- Tiempo fuera (esquina en el aula, puerta, otra clase...) Se aconseja 1 minuto por año de edad: 6 años = 6 minutos, luego se reincorpora a la actividad, sin hacer mención a lo sucedido.
- Establecer normas y límites claros. Mejor negociados, pero en última instancia el profesor debe imponer el criterio pedagógico adecuado.

Recomiendo la lectura, por parte de todo el profesorado, de la “Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH”. 3ª edición. ADANA Fundación. Editorial Mayo. Trae muchísimos ejemplos prácticos para ayudar al maestro.

Por último quiero reflejar literalmente la frase que escribió un niño con TDAH: “Es fantástico que te hagan caso. Si no te hacen caso es que no te quieren. Si no consigo atención por buena conducta, la tengo que conseguir por mala, porque es mejor que te castiguen y sentir que se ocupan de mi, que pasar desapercibido por todos”.

La colaboración entre padres (familia), profesores y dirección escolar es sin duda el mejor camino para conseguir que todas las partes implicadas, en primer lugar el niño, puedan sentir algún alivio frente a este complicado trastorno.

Para saber más sobre el tema: federación española de asociaciones para la ayuda al déficit de atención e hiperactividad (FEAADAH) www.feadah.org y asociación de niños con síndrome de hiperactividad y déficit de atención (ANSHDA) www.anshda.org

Madrid, 24 de febrero de 2008

Raúl García Vallejo
Enfermero de familia (Servicio Madrileño de Salud)
Profesor de Enfermería Comunitaria (UCM)