

Los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad. Tratamiento Psicológico de la Sintomatología

(Disorders Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Psychological Treatment of symptoms)

ISSN (Ed.Impr.): 1889-4208

Recepción: 20/04/2011

Aceptación: 01/05/2011

Odalia Llerena Companioni

(Universidad de Ciego de Ávila, Cuba)

RESUMEN

El Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) es una patología de alta prevalencia dentro del desarrollo infantil. Dentro del mundo de relaciones del niño provoca una gran ansiedad y preocupación en padres y maestros. En este artículo se presenta una aproximación al perfil clínico del TDAH y a su tratamiento desde el punto de vista de la Psicología Clínica. Actualmente no existe una línea teórica uniforme sobre el TDAH, sino la opinión que defienden diversos profesionales en relación con una patología común, ello ha provocado que existan diferentes criterios en torno al mismo. El TDAH es una de las causas más frecuentes de fracaso escolar y/o problemas sociales en la infancia. Es característico en él un aumento de la actividad, impulsividad y falta de atención; encontrándose normalmente asociado a otras alteraciones. Se desconocen sus causas y existe controversia sobre los mecanismos neurobiológicos subyacentes y el tratamiento más eficaz.

PALABRAS CLAVE

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sintomatología, tratamiento psicológico.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a high prevalence among the diverse pathology in the child development. Between child relationships it's incite more anxiety and preoccupation in parents and teachers. This article presents an approximation of clinical profile of ADHD, and it's psychological treatment. Today isn't uniform theoretical line about ADHD. Different professionals defend many opinions, and to exist diverse judgments about this pathology. ADHD is a frequently cause of the school failure and social problems in the child age. Is characteristic of this pathology the impulsivity, hyperactivity disorder and attention deficit; in parallel with other psychological disturbances. It's not recognized these causes and too exist controversy about underlying neurobiological mechanisms and the efficient treatment.

KEYWORDS

Attention deficit hyperactivity disorder, sign, psychological treatment.

(p. 155-166)

"Hay un cúmulo de verdades esenciales que caben en el ala de un colibrí"

José Martí

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es una patología del desarrollo neuropsicológico del niño de alta prevalencia cuyo desconocimiento relativo y lo controversial de su determinación ha provocado que se halle sub diagnosticado y por lo tanto mal tratado.

Desde el punto de vista profesional genera un elevado número de consultas médicas y es frecuente la insuficiente orientación del médico o del psicólogo en relación a este trastorno. Desde el punto de vista ambiental motiva una gran ansiedad familiar y preocupación escolar. El TDAH no se presenta sólo, si no que va asociado a otros trastornos que pueden ser fácilmente confundidos en las primeras etapas de la vida del niño con el propio síndrome lo que puede dificultar su diagnóstico.

En este artículo se presenta una aproximación al perfil clínico del TDAH y a su tratamiento desde el punto de vista de la Psicología Clínica, con énfasis en su etiología y los síntomas que lo caracterizan.

Desarrollo

1. Encuadre general de la concepción teórico-metodológica

La atención a personas con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha sido abordada históricamente desde dos perspectivas: la clínica y la educativa.

Desde el punto de vista clínico el TDAH se considera como un importante problema de salud pública debido a varias razones:

1. Su alta prevalencia. Aunque resulta difícil especificar la prevalencia atendiendo varios factores, como el tipo de clasificación utilizada, los métodos de evaluación diagnóstica empleados, la fuente de información (padres, maestros, cuidadores), el tipo de muestra y las características socioculturales de la

población, los estudios más conservadores arrojan una prevalencia que supera al 10% (Castroviejo, 2007).

2. Su inicio en etapas precoces de la infancia.
3. Su tendencia a convertirse en un proceso crónico que genera discapacidad.
4. Su tendencia a producir afectaciones secundarias en las diferentes esferas del comportamiento (familiar, escolar y social).
5. Su alta co-morbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el futuro del niño, como son trastornos del aprendizaje, problemas de conducta o trastornos emocionales, entre otros.

Estudios longitudinales recientes indican que los niños con TDAH de ambos sexos y de cualquier edad generan un gasto médico total y una utilización de recursos médicos (hospitalización, visitas en consulta, y urgencias) de más del doble que niños de igual edad sin el trastorno ($p < 0,001$), lo que sugiere que la carga negativa del TDAH se extiende más allá de los parámetros sociales, conductuales y académicos.

Desde el punto de vista educativo el debate se halla centrado en las posibilidades educativas y de integración que presentan los niños con estas características.

La realidad es una, con independencia de la perspectiva de la cual se parta clínica o psicopedagógica, no parece existir aún una respuesta conclusiva al problema del déficit de atención con hiperactividad, así padres y maestros continúan volviéndose con preocupación hacia la comunidad científica en busca de respuestas.

1.1. Historia del estudio de los TDAH

El TDAH es un trastorno comportamental que se inicia en la infancia. Se ha descrito desde la antigüedad, y ha quedado reflejado en la sociedad a través de documentos literarios o artísticos.

Resulta interesante que la primera descripción del TDAH la realizó precisamente un médico, el Doctor Heinrich Hoffman en 1845. Esto indica que para los profesionales de la medicina constituyó una preocupación recurrente desde épocas anteriores y tal vez justifica el predominio de una concepción clínica sobre el mismo. Lo curioso es que Hoffman además de médico era poeta y producto a su interés por escribir algún cuento interesante para su hijo de 3 años escribió un libro de poemas ilustrado sobre los niños y sus características. "La Historia del Inquieto Philip" donde hacía una descripción precisa de un niño que padecía del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

En 1901, J. Demoor señala la presencia de niños muy lábiles comportamentalmente, que precisan moverse constantemente y que asocian una clara dificultad atencional.

En 1902 Still (1902) publicó una serie de conferencias que dictó en el Colegio Real de Médicos en Inglaterra, donde describía a un grupo de niños impulsivos con significativos problemas de comportamiento, causados por una disfunción genética y no por una crianza deficiente, lo que hoy sería fácilmente reconocido como padecer del TDAH.

Tras estas descripciones eminentemente clínicas se suceden hasta mediados del siglo XX diferentes consideraciones etiológicas, dentro de las cuales los criterios médicos continuaron prevaleciendo.

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término "Síndrome de Impulsividad Orgánica" para explicar el origen orgánico del TDAH. Estos autores proponen la disfunción troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales.

Este término es sustituido en 1962 por el de "Disfunción Cerebral Mínima" por Clements y Peters, apoyando la posibilidad de un origen funcional, no exclusivamente lesivo, que recogería niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves.

De forma paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología

Infantil recogen el término "síndrome de disfunción cerebral mínima" para clasificar pacientes con: hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional.

Desde 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, y la Organización Mundial de la Salud, sustituyen el término disfunción cerebral mínima por el de "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad" (DSM-IV-TR) o el de "Trastornos Hiperkinéticos" (CIE-10).

El TDAH ha sido considerado como un cuadro que predomina en los varones respecto a las mujeres, pero esta teoría va perdiendo fuerza a medida que pasa el tiempo y actualmente se estima que su prevalencia es muy similar en ambos sexos, aunque parece que en los varones puede predominar la hiperactividad y en las mujeres el déficit de atención. Asimismo se ha creído tradicionalmente que este trastorno es exclusivo de la infancia y adolescencia. La realidad no es esa. Puede persistir en la edad adulta y sus manifestaciones más graves para la familia y la sociedad, así como las dificultades para controlarlas suelen ocurrir a esta edad.

Erróneamente se tiende a englobar las alteraciones clínicas del niño con TDAH en la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad cuando no es así realmente. El cuadro tiene diferente expresión en cada edad.

2. La sintomatología del niño con TDAH

La sintomatología clínica del niño con TDAH es variada, sin embargo, existen algunos rasgos comunes a ellos, siendo la triada que marca el trastorno la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad. Sólo se considera síntoma si la conducta que lo pone de manifiesto es más frecuente que la observada habitualmente a su edad. La sin-

tomatología debe aparecer antes de los siete años. Deben aparecer algunas alteraciones en dos o más contextos (por ejemplo: casa y escuela). Debe haber evidencias clínicas claras de alteraciones significativas en el funcionamiento social y académico.

Es un mito intentar clasificar como TDAH cualquier alteración pasajera o temporal del comportamiento por el mero hecho de que se presente indistintamente alguna de estas características.

Solamente se considera TDAH si seis o más de los siguientes síntomas han persistido durante al menos seis meses en un grado tal que es inadaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo:

Déficit de Atención:

- A menudo fallan en mantener la atención de detalles en las tareas escolares.
- A menudo fallan en mantener la atención en actividades de juego.
- A menudo parecen no escuchar cuando se les habla directamente.
- A menudo no siguen las instrucciones y fallan en los trabajos escolares.
- A menudo tienen dificultades para organizar las tareas y actividades.
- A menudo rechazan o evitan las actividades hogareñas o escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierden cosas necesarias para las tareas o actividades (libros, lápices, juguetes, herramientas, etc.)
- A menudo se distraen fácilmente por estímulos externos.
- A menudo se muestran olvidadizos en actividades diarias.

Hiperactividad:

- A menudo realizan movimientos innecesarios con manos y pies o movimientos reptantes en el asiento.
- A menudo se paran del asiento.
- A menudo corren o trepan en situaciones en las cuales es inapropiado hacerlo.
- A menudo tiene dificultades para jugar u ocuparse en actividades recreativas tranquilamente.

- A menudo se les describe como que "siempre tiene el motor encendido" o que "tiene un motor dentro".
- A menudo hablan excesivamente.

Impulsividad.

- A menudo responden antes que se haya completado la pregunta.
- A menudo tiene dificultad para esperar su turno (en el juego y en la clase).
- A menudo interrumpen pues se entrometen entre los demás (en los juegos y en la conversación).

Un aspecto controversial a lo largo de la historia de los estudios sobre el TDAH se refiere a su etiología. Por mucho tiempo han persistido criterios que tienen que ver con la parte orgánica del mismo. Aunque hay duda de que el TDAH es un cuadro orgánico, con origen en deficiencias anatómico-biológicas que afectan preferentemente a ciertas estructuras cerebrales, su etiología puede ser tanto genética como adquirida, pero en ambas circunstancias con la misma base orgánica del trastorno.

El componente etiológico orgánico puede ser innato o adquirido. Existen estudios (Castroviejo, 2007), (Fernández Jaén, 2009) que refieren la interacción de factores genéticos y ambientales en su origen.

Estudios recientes efectuados en gemelos apuntan a valores muy elevados de la herencia. Paralelamente, la frecuencia de hiperactividad en gemelos monocigóticos es 1,5 veces más elevada que en gemelos dicigóticos.

Otros estudios de análisis familiar revelan que los padres de hijos con TDAH tienen un riesgo de 2-8 veces más que la población general de sufrir también este trastorno. De igual forma, los familiares de niños con TDAH poseen mayor prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos como pueden ser: la personalidad antisocial, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno disocial, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos por ansiedad y el abuso de sustancias. Esta circunstancia se ha puesto en evidencia de forma contundente al estudiar a los padres biológicos de niños adoptados

que sufren este trastorno; la incidencia de patrones psicopatológicos es claramente superior en los padres biológicos que en los adoptivos.

Igualmente se considera que la presencia de lesiones pre o perinatales pueden lesionar selectivamente grupos neuronales específicos, lo cual puede justificar la presencia de hiperactividad y déficit de atención en pretérminos, niños con antecedente de anoxia o con bajo peso al nacer. Igualmente la prematuridad y el bajo peso al nacer se han asociado con altas frecuencias de hiperactividad y déficit de atención.

En otros estudios se afirma que la presencia de hábitos tóxicos en la madre durante el embarazo como el tabaco y las drogas, favorece o justifican la presencia de los síntomas en niños con TDAH. Igualmente se ha encontrado presencia de una resistencia generalizada a la hormona tiroidea, infecciones graves y desnutrición en las primeras etapas de la vida en la historia de niños con hiperactividad.

Desde otra arista de análisis numerosos aspectos psicosociales aparecen asociados al incremento de la sintomatología del niño hiperactivo. Diferentes estudios señalan a la mala relación entre los padres, el bajo nivel socioeconómico, el nivel cultural de los padres, las familias numerosas... como factores de riesgo para la aparición de trastornos del comportamiento, incluido el TDAH.

Por su parte numerosos estudios cognitivos han relacionado las características clínicas de niños hiperactivos con la presencia de un autocontrol deficitario, dificultades en la codificación de la información y funciones corticales pobres en el ámbito ejecutivo.

Estos elementos permiten afirmar que aunque la etiología no está completamente aclarada; parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base biológica cerebral y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Metafóricamente hablando puede decirse que los factores de tipo biológico constituyen la carga de dinamita la cual puede estallar como TDAH si se le agrega el detonante de unas condiciones psicosociales desfavorables.

3. El psicólogo clínico ante el niño con TDAH

La primera precisión para el abordaje del niño con TDAH debe estar relacionada con el sustento teórico del cual se parte y que soporta el cuerpo metodológico que se va a emplear en su atención.

Desde el punto de vista de la autora un primer momento se relaciona con la consideración de que no existe un niño que presente un diagnóstico "puro" de TDAH. Por lo florido de su sintomatología, lo común es que se hallen afectaciones en otras áreas que acompañan el trastorno, puede ser de la esfera cognitiva, del lenguaje, la motricidad, las habilidades sociales, etc. De ahí que no pueda pensarse en incidir directamente sobre el trastorno sin atender también los "daños colaterales".

En no pocas ocasiones el elevado grado de comorbilidad que se presenta se convierte en obstáculo para el diagnóstico y la comprensión del trastorno en sí mismo y sus puntos de confluencia con otras perturbaciones cognitivas o emocionales.

Resulta entonces fundamental desde la perspectiva clínica el proceso de evaluación psicológica pues es quien permite la definición de la línea de intervención terapéutica por lo que debe propiciar un exhaustivo análisis de las distintas habilidades que posee el niño que se sospeche esté afectado por el trastorno; verbales, perceptivas, motoras y visoespaciales. También de sus capacidades de procesamiento: atención, memoria y velocidad de respuesta y aprendizaje en general.

3.1. El perfil clínico psicológico del niño con TDAH

a) Perfil conductual

Cuando se habla de conducta, se hace referencia a los comportamientos observables que, en mucha medida, implican una

serie de efectos en un entorno relacional, pueden, asimismo, determinar un cierto comportamiento futuro positivo o negativo. Cuando no se toman medidas a tiempo y se trata de un comportamiento desadaptativo, éste puede hacerse crónico con lo cual su pronóstico será reservado en relación al futuro. Con suma frecuencia, encontramos en conexión con el síndrome hiperactivo a los trastornos de comportamiento, trastorno oposicionista desafiante y la conducta antisocial.

Dentro del propio TDAH es posible encontrar grados variables de inatención, impulsividad e hiperactividad, lo que ha dado lugar a que se defina un único Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con tres subtipos o manifestaciones diferentes, según predominen unos u otros síntomas. Así, en el DSM-IV-TR se distinguen tres subtipos para el diagnóstico del síndrome: el subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo, el subtipo con predominio de déficit de atención (o disatencional) y por último el subtipo combinado, en el que están presentes síntomas de los dos subtipos anteriores.

Por la propia relación existente entre estos tres síntomas es frecuente que los sujetos diagnosticados de TDAH los presenten todos en mayor o menor grado, aunque debe precisarse que los comportamientos derivados de estas características se encuentran altamente influenciados por la edad y el grado de desarrollo del sujeto. También existe la posibilidad de que el niño, a lo largo de su evolución, pase de un subtipo a otro. De igual forma con la edad suele remitir el componente hiperactivo, lo que hace que se hallen menos casos del subtipo combinado.

b) El funcionamiento cognitivo en el TDAH

Constituye un mito la consideración de que el síndrome de hiperactividad correlaciona necesariamente con la disfunción cognitiva. De hecho, una buena parte de los sujetos que padecen TDAH presentan cocientes intelectuales similares a los de su grupo de edad y no se encuentran más

casos de niños superdotados ni con retraso cognitivo que en la población general. Pero si puede suceder con relativa frecuencia que el niño hiperactivo, por su dificultad para prestar atención y su tendencia a responder de manera impulsiva, sin reflexionar previamente, tenga calificaciones más bajas que sus compañeros en las pruebas psicométricas destinadas a medir su cociente intelectual y en las que obtiene como resultado de sus aprendizajes escolares. No obstante, a la hora de interpretar los resultados del test, debe tenerse en cuenta el déficit atencional del niño así como su estilo de respuesta de carácter impulsivo-irreflexivo.

Como ya se ha referido con anterioridad el niño con TDAH no se caracteriza por sus elevados resultados docentes. Es característico que, a causa de la incapacidad del niño para mantener su atención, se produzca un retraso escolar y que gradualmente el niño vaya perdiendo el ritmo de su grupo, viéndose obligado a repetir curso. Este retraso, no obstante, no implica que el niño realmente tenga menor capacidad intelectual que el resto del grupo, sino que su dificultad le impide rendir al mismo nivel que ellos.

Además puede darse la circunstancia de que un niño hiperactivo con capacidad intelectual límite presente un deterioro cognitivo gradual como consecuencia del rechazo social al que se ve sometido por su hiperactividad. Cualquiera de estas circunstancias conduce, a un estancamiento del nivel cognitivo del niño, bien porque no recibe información del exterior o bien porque la que recibe no le conduce a ningún aprendizaje. Como consecuencia presentará un nivel de madurez inferior al que le correspondería por edad.

No obstante a la afirmación realizada de que el TDAH no tiene por qué ir unido a ningún tipo de retraso o déficit cognitivo, en la práctica clínica cotidiana si puede hallarse que la mayor parte de los sujetos hiperactivos tienen una serie de características comunes que, sin ser consecuencia directa del síndrome, parten de él y de la función cognitiva atencional, gravemente dañada en muchos casos. Por esta causa los sujetos que padecen TDAH suelen presentar dificulta-

des en todas aquellas tareas que requieran una atención sostenida, así como en las actividades en las que sea preciso memorizar material para su posterior recuperación. Al niño hiperactivo le es trabajoso seleccionar, de entre toda la estimulación que le llega, cual es la más importante en cada momento, cuál debe atender y cuál puede desechar. Esta dificultad da lugar a no pocos errores en su ejecución y a esa conducta típica que lleva a algunos adultos a etiquetarlos como "carros locos", van en todas direcciones y en ninguna definida.

En cada momento todo ser humano recibe una buena cantidad de datos desde su entorno, esta información debe ser procesada para que el sujeto pueda responder de manera adecuada. En el cerebro del niño hiperactivo no se produce el filtrado de información que ocurre en el cerebro de los otros niños, sucede que en su caso perciben toda la amplia gama de estímulos externos al mismo tiempo y ello conduce a que los sonidos, imágenes, olores, e incluso sus propias ideas lleguen al niño como una amalgama de información que debe decodificar para adaptarse al medio.

Es precisamente este error al filtrar la información quien provoca que a veces se concentre en detalles no esenciales de una tarea que absorben toda su atención mientras no parecen reparar en lo que es realmente importante.

Esta misma característica sugiere otra que puede afirmarse constituye desde el punto de vista cognitivo donde más a menudo se manifiesta la dificultad cognitiva del niño hiperactivo y es su capacidad de abstracción.

Sucede que el razonamiento abstracto exige prestar atención y manejar mentalmente una serie de datos, operando con ellos y buscando una respuesta conclusiva. Para el niño hiperactivo este proceso resulta, en la mayor parte de los casos, prácticamente imposible pues le exige emplear procesos para los que está menos preparado.

En el proceso de entrada y salida de información del niño hiperactivo la información sólo se mantiene un tiempo corto y

debe salir inmediatamente para permitir la entrada de nueva información de manera continua. Por ello su memoria a corto plazo es deficiente lo que representa un gran inconveniente de para el éxito en las tareas escolares más habituales. Por el contrario la memoria a largo plazo corre mejor suerte y puede estar muy bien desarrollada: Aunque al niño hiperactivo le cueste recordar lo que ha sucedido tan solo hace unos momentos, cuando se logra que la información pase a la zona de almacenamiento a largo plazo (bien porque el material se repita con frecuencia o porque sea de gran interés para el niño), perdurará mucho más tiempo, de ahí la importancia de que los materiales didácticos que se empleen con los niños con TDAH sean amenos e interesantes e igualmente sucede con la forma de organizar las situaciones de aprendizaje para ellos.

La dificultad del niño para el razonamiento abstracto se hace mucho más acentuada al evaluar su coeficiente intelectual. Habitualmente la puntuación de estos niños en el CI de las escalas ejecutivas es más alta que la del CI verbal. Esto se debe a que, en las pruebas ejecutivas, el sujeto tiene en las manos el material de trabajo, mientras que en las de tipo verbal el niño debe manejar palabras y conceptos abstractos, tarea que le resulta bastante más complicada.

c) El desarrollo emocional en el TDAH

Resulta común que el síndrome de hiperactividad se presente muy temprano: y que ya al ingresar a la escuela el niño presente algunos de los síntomas. Muchos niños hiperactivos ya desde pequeños tienen dificultades para controlar sus impulsos y se ven rechazados por otros niños porque no se integran correctamente en el juego, no siguen las normas, hacen lo que quieren en cada momento... Pueden surgir entonces conductas agresivas cuando los demás chicos no hacen lo que él quiere, entonces les insulta, o incluso puede que les pegue. Toda esta situación hace que paulatinamente el niño se vea aislado y se quede sin amigos o bien se relacione tan solo con niños más

pequeños que él, quienes seguramente se mostrarán más complacientes.

Si el niño no aprende a controlar sus impulsos, no será capaz de relacionarse adecuadamente con los demás. En este caso lo más probable es que se genere un profundo rechazo hacia él en el grupo, en casos extremos hasta odio. El niño entonces se siente apartado, relegado y no tiene las herramientas emocionales para controlar esta situación. Como el niño con TDAH actúa descontroladamente porque no sabe ni puede hacerlo de forma diferente, el surgimiento de un sentimiento de impotencia ante la no aceptación de su grupo de pares puede influir negativamente en la formación de su autoconcepto y se sentirá malo, tonto, poco válido. Además los adultos que le rodean casi seguro confirmarán esta idea al reprocharle con frecuencia su conducta. Es común en los niños hiperactivos una pobre autoimagen y una baja autoestima.

También puede darse la situación opuesta: en gran número de ocasiones, el niño hiperactivo aprende desde muy pequeño una serie de estrategias o técnicas que le permiten mantener unas relaciones sociales adecuadas, sacando además el mejor partido a su problema, al menos desde su punto de vista: frecuentemente el niño con TDAH se convierte en “el payaso” del grupo. Este es el niño que constantemente reta a padres y maestros pero en el terreno social lo tiene todo logrado con sus compañeros. No importa que sus resultados docentes no sean buenos, se siente aceptado por su grupo y eso le reporta bienestar psicológico. Es probable que en la adultez sea un “tipo divertido” aunque no tenga gran éxito laboral o en otras esferas de la vida.

En cualquiera de estos casos, aparte de la propia imagen que tiene el niño de sí mismo y la que le devuelve la sociedad, es muy probable que aparezca la frustración por no conseguir rendir al mismo nivel que los otros niños, por no ser tan bueno en algunas actividades, por ser, en una palabra, inferior. Existen casos en los cuales el propio niño llega a autodescribirse como un niño enfermo o con problemas.

4. Tratamiento psicológico de la sintomatología

4.1. La sintomatología atencional

El déficit atencional es uno de los dos principales síntomas del TDAH. Si bien puede darse una forma del síndrome con predominio hiperactivo en el que el síntoma de la falta de atención esté empujado, o incluso apenas exista, lo más habitual es que aquellos niños afectados por el síndrome presenten una marcada dificultad para fijar y sobre todo para mantener la atención.

El problema de la atención aparece en los sujetos hiperactivos independientemente de su edad y, a diferencia de por ejemplo el síntoma hiperactivo, no tiende a desaparecer con la edad. Esto significa que si un niño presenta problemas para atender de manera adecuada a la estimulación de su entorno es muy probable que continúe con esta dificultad durante su adolescencia e incluso en la vida adulta. A pesar de ello, no es menos cierto que si el nivel cognitivo del niño está dentro de los límites considerados normales, es posible que desarrolle algunos recursos para compensar su falta de atención y ésta parecerá haber disminuido a lo largo de los años.

Desde el punto de vista psicológico, el tratamiento se centra precisamente a ayudar al niño a aprender estrategias que le permitan focalizar su atención.

La importancia de tratar este aspecto es grande pues sus consecuencias son incluso mayores que las del excesivo movimiento físico del niño. La incapacidad para atender es la que dificulta al niño organizar su trabajo y adquirir unos adecuados hábitos de estudio, también hace que se aburra y no se centre en clase, ni al hacer los deberes, lo que aumenta notablemente la probabilidad de que se produzca el fracaso escolar.

Junto con el aspecto académico, hay que resaltar que también gran parte de los pro-

blemas que el niño puede presentar en el ámbito familiar tienen su origen en la incapacidad para atender. Es consecuencia derivada de esta dificultad el que en muchas ocasiones el niño no se entera de las órdenes que se le dan y por tanto no las obedece; también lo es el que no siga las normas sociales –muchas veces porque no llega a conocerlas- o que deje las cosas a medias –bien porque le surge algo y luego no recuerda proseguir la tarea anterior, o porque se distraiga y se quede sin tiempo para terminar lo que debe hacer.

En este sentido resulta útil en la terapia atencional efectuar ejercicios de focalización en dos sentidos, como práctica de observación y como práctica de la selectividad. En el primer caso resultan útiles los ejercicios dirigidos, por ejemplo, contar cuántos objetos de color azul hay a su salida de la escuela cuando sus padres lo recogen, en el segundo caso puede decirse por ejemplo, que dentro de los objetos de color azul distinga si hay alguno rojo.

Aparejado al tratamiento del aspecto atencional marcha el seguimiento de instrucciones, para lo cual es útil empezar con pequeñas indicaciones que se irán complejizando poco a poco.

4.2. La sintomatología conductual

El TDAH suele cursar con diversos tipos de conductas alteradas las que son una consecuencia directa de las dificultades que presenta el niño para controlarse. Estas conductas aparecen en distintos contextos e influyen tanto al propio sujeto como a aquellos que conviven y se relacionan con él.

La necesidad de intervenir con la mayor brevedad posible sobre estas dificultades de conducta viene marcada por el hecho de que, de no ser tratadas, lejos de desaparecer, lo más probable es que se incrementen. Las consecuencias sobre el sujeto y sobre su entorno, serán mayores, cuanto más tiempo pase y su pronóstico más desfavorable. En algunos casos pueden producirse daños irreversibles en la personalidad del niño o

de sus allegados, como sucede en el caso extremo de aquellos sujetos en que su falta de control les lleva a participar en actividades de riesgo o incluso delictivas. Únicamente interviniendo puede impedirse que la situación se complique.

En los niños diagnosticados de Síndrome de Hiperactividad con Déficit de Atención, bien sea del tipo combinado o con predominio de un síntoma sobre los demás, pueden distinguirse tres grandes bloques de conductas disfuncionales, derivadas precisamente de los principales síntomas del síndrome. Todas ellas pueden mejorar interviniendo con un enfoque psicoterapéutico dirigido al control de impulsos y al desarrollo de la autonomía del infante.

Primeramente debe reconocerse que existen conductas disfuncionales derivadas de la propia actividad física del sujeto. El exceso de movimiento aumenta el riesgo de accidentes, y provoca además, el rechazo social al niño, por dificultar el trato y la convivencia con él, tanto a nivel familiar como escolar, y social en general. De ahí la importancia de que el niño aprenda a controlar su excesivo movimiento.

Un segundo grupo lo forman las conductas derivadas de la falta de atención: el niño hiperactivo, además de no prestar atención a los posibles riesgos, muestra especial dificultad en atender, y por tanto, comprender la necesidad de atenerse a una serie de pautas tanto en el hogar como la escuela. Parte de la “desobediencia” del niño se debe a que realmente no asimila las normas que rigen las situaciones sociales, ni lo que se espera de él en cada momento.

Por último, quizás las conductas disfuncionales más llamativas que presenta el niño hiperactivo tienen su origen en su impulsividad, en lo irreflexivo de su comportamiento: solamente se da cuenta de las consecuencias de sus acciones cuando ya las ha realizado, en lugar de reflexionar previamente. Es en este marco donde aparecen las conductas disruptivas y agresivas, así como las mentiras. La mayor parte de los niños con diagnóstico de TDAH exhiben, en algún momento de su desarrollo, un comportamiento negativo.

El primer paso en la intervención debe dirigirse a la precisión de qué conductas del niño deben ser modificadas. Es preciso distinguir entre las conductas propias del estado evolutivo del niño y las causadas por el propio síndrome. Así, resulta enteramente normal que un niño de 3 años se tire en el suelo a llorar y patear pese al malestar que esta situación produce en los padres cuando no logra lo que desea. Esta conducta se extinguirá en la medida que el niño desarrolle recursos para manejar de forma más adecuada este tipo de situaciones. Lo ilógico es que un niño de 9 años reproduzca tal conducta.

Una vez seleccionadas las conductas a modificar, el siguiente paso es priorizar los objetivos a lograr. No debe concederse la misma importancia a todos los comportamientos del niño que se desean mejorar, ni tratar de actuar en todos ellos simultáneamente. Es preferible comenzar poco a poco, por aquellos cambios que en principio parezca más sencillo conseguir. Con ello conseguiremos dos cosas: lograr a corto plazo que se empiecen a producir algunos cambios y además inducir en el niño la sensación de que el cambio es posible y él es capaz de realizarlo.

Para modificar la conducta infantil es de gran utilidad recurrir al refuerzo diferencial. Es decir premiar o alabar las conductas que se consideran adecuadas, al mismo tiempo que se disminuye o atenúa la atención de aquellas que se desean eliminar.

4.3. La sintomatología emocional

Dentro de las emociones que más perjudican a los sujetos con TDAH se halla la rabia que puede traducirse en agresión verbal o física a los que le rodean.

Dentro de las líneas del tratamiento psicológico una de las principales es aumentar la capacidad de autocontrol. Hinshaw (1996) propone para el manejo de la impulsividad y la rabia propone entrenar al niño en el reconocimiento de las señales internas y externas que desencadenan la rabia, el desa-

rollo de estrategias cognitivas y comportamentales para su manejo y el entrenamiento del niño para que identifique qué situaciones específicas que se producen en su medio le provocan rabia y la forma de actuar en esos casos.

Una técnica cognitivo-conductual muy usada para el control de la rabia es la técnica de la tortuga propuesta por Schneider y Robin (1973) además de la técnica de resolución de problemas.

Los objetivos terapéuticos en el control de emociones en el caso de los sujetos con TDAH deben dirigirse a enseñarles a detenerse antes de actuar y para ello debe partirse de una buena identificación de las situaciones que le generan impulsos negativos.

Estas constituyen algunas de las principales estrategias que desde el punto de vista psicológico pueden promoverse en el abordaje terapéutico de los niños con TDAH.

5. Conclusiones

El artículo fue iniciado con una frase donde José Martí plantea que *"Hay un cúmulo de verdades esenciales que caben en el ala de un colibrí"*. Es cierto que la realidad es complicada, que cada vez los maestros y la familia están enfrentando realidades más complejas en la atención a los niños con TDAH. Es también incesante la batalla de las ciencias que abordan el desarrollo humano en aras de ofrecer respuesta a las necesidades de niños, familiares y maestros. El reto fundamental radica en no cansarse y aprovechar lo valioso de los aportes de cada una de las ciencias encargadas de su estudio y tratamiento.

Estos niños están en nuestras casas, estudian en nuestras aulas, cruzan a nuestro lado por la calle. Entonces se hace necesario escuchar lo que cada una de estas ciencias tenga que decir en relación a ello. Hoy más que nunca estamos urgidos de llegar a acuerdos donde el criterio clínico no solape al criterio educativo, los dos son importantes en el abordaje de esta problemática.

Se hace necesario entonces un pensamiento capaz de no estar encerrado en lo local y lo particular, que pueda concebir los conjuntos. Esto puede favorecer el sentido de la responsabilidad en el abordaje de este fenómeno, sosteniendo una visión integradora que evite la reducción, disyunción y separación del conocimiento en torno al mismo.

6. Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (1994). 4th ed. Washington. American Psychiatric Association.
- BARKLEY, R. (1998). "El desorden de hiperactividad y déficit atencional". *Investigación y ciencia*. 266 .48-53
- FERNÁNDEZ JAÉN, A. y CALLEJA PÉREZ, B. (2009). *Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar*. Madrid. Editorial LoQueNoExiste.
- HIDALGO VICARIO, M.^a I., SOUTULLO ESPERÓN, CÉSAR. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf
- HINSHAW,S.P. (1996). "Enhancing Social Competence: Integrating Self-Management Strategies with Behavioral Procedures for Children with ADHD". (Chapter 14). *Psychosocial Treatments for child and adolescent disorders*. Edited. Hibbs ED, Jensen PS. American Psychological Association. Washington, DC.
- KAHN E, COHEN L.H. (1934). "Organic driveners a brainstem syndrome and experience". *N Engl J Med*; 5: 748-756.
- MORENA GARCÍA, I. (1995). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid. Pirámide.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. CIE-10 (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión. Volumen 1. Washington. Organización Panamericana de la Salud.
- PASCUAL-CASTROVIEJO, I. (2001). *Guía práctica diagnóstica y terapéutica. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona. César Viguera ed.
- PASCUAL CASTROVIEJO, I. (2007). *Hiperactividad. ¿Existe frontera entre personalidad y patología?* Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- RIEFF, S. (1999). *Cómo tratar y en enseñar al niño con problemas de hiperactividad*. Barcelona. Paidós.
- STILL, G.F. "Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures". *Lancet*, 1902;1:1008-1012.

Datos de la autora

Odalia Llerena Companioni (ollerena62@hotmail.com / odalia@humanidades.unica.cu)

Nació en la ciudad de Ciego de Ávila en la República de Cuba, es Psicóloga de profesión y posee una Maestría en Pedagogía de la Educación Superior, tiene una experiencia profesional de veintisiete años como profesora universitaria en varios centros de educación superior de su país en estudios de Pre y Postgrado, ostentando

la categoría docente de profesora auxiliar de la carrera de Psicología en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas de la Universidad de Ciego de Ávila donde actualmente trabaja. Se ha desempeñado como profesora invitada en el nivel universitario de pre y postgrado y en la asesoría educativa en centros universitarios de los Estados Unidos Mexicanos y en la República de Ecuador. Ha participado en varios congresos y eventos de carácter nacional e internacional en su país y en el extranjero. Ha publicado trabajos relacionados con la atención a sujetos con necesidades educativas especiales, la didáctica de la educación superior, la dinámica y la creatividad profesoral aplicadas a la educación universitaria, más recientemente ha investigado sobre la formación de motivos profesionales en modelos pedagógicos caracterizados por aplicar una dinámica menos presencial y más autogestionaria del conocimiento por los estudiantes.