

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, CON OU SEN HIPERACTIVIDADE

J. Cornellà*

Institut Català de la Salut
Girona

A. Llusent**

Universitat de Barcelona

Mi cuerpo ocupaba un lugar en las aulas, pero mi alma vagaba continuamente por los espacios imaginarios. En vano los enérgicos apóstrofes del profesor, acompañados de algún furibundo correazo, me llamaban a la realidad y pugnaban por arrancarme a mis distracciones; los golpes sonaban en mi cabeza como aldabonazo en casa desierta. Todos los bríos del padre Jacinto, que hizo de mi caso cuestión de amor propio, fracasaron lastimosamente.

(Santiago Ramón y Cajal, *Mi infancia y juventud*).

CONCEPTOS PRELIMINARES

O Trastorno por Déficit de Atención (TDA) é o trastorno neuroconduc-tual máis frecuente en nenos escolares (1). Pode ter graves consecuencias, desde dificultades e fracaso escolares ata alteracións nas relacións interpersoais, pasando por trastornos emocionais orixinados na baixa autoestima. Na súa base etiopatoxénica descríbense alteracións nos neurotransmisores e na función selectiva da formación reticular. Admítese unha base xenética e a acción duns factores ambientais.

Antano coñecéronse outros termos para definir este trastorno (disfun-

ción cerebral mínima, nenos hiperacti-vos...), pero o consenso actual subliña o déficit de atención como síntoma principal. O trastorno por déficit de atención pode cursar con ou sen hiperactividade. As dificultades para manter e regular a atención e concentración ocorren, en maior ou menor grao, con independencia do espacio (ocorre en calquera lugar) e do tempo (ten lugar todos os días).

A prevalencia deste trastorno sitúase entre o 8 e o 10%, (1) polo que o pediatra que atende o neno na consulta de atención primaria se encontra nunha situación privilexiada para poder facer un labor eficaz de detección e orientación precoces.

* Presidente da Sociedade Española de Medicina do Adolescente. Coordinador da Unidade de Atención de Adolescentes ICS.

** Alumno Asistente. Facultade de Medicina.

Trátase, ademais, dun dos problemas médicos con maiores implicacións psicopedagóxicas e no seu tratamento precísase, por conseguinte, un verdadeiro traballo en equipo cos profesionais da escola.

A tríade sintomática básica está constituída polas dificultades en manter a atención e concentración, a hiperactividade (ou sobreactividade), e a impulsividade. Con base no predomínio dunha ou outra sintomatoloxía distínguense tres formas distintas de presentación: con predomínio do déficit de atención, con predomínio da hiperactividade-impulsividade ou de forma combinada. Aínda que este último sexa o máis frecuente, cando existe soamente un déficit de atención adoita pasar máis desapercibido polos pais e os mestros, polo que se atrasa o seu diagnóstico.

A pesar de que se estimaba máis frecuente nos nenos ca nas nenas, actualmente discútese esta diferenza de presentación en ambos sexos. Acéptase que nos rapaces son máis evidentes as condutas hiperactivas e impulsivas, mentres que nas rapazas predominan os síntomas vinculados á falta de atención (2).

Existe, así mesmo, unha sintomatoloxía secundaria (3) a este trastorno que pode presentarse en maior ou menor grao e que se detalla na táboa I. A investigación neste aspecto será de grande utilidade á hora de orientar o neno e os seus familiares.

Táboa I.

SINTOMATOLOXÍA SECUNDARIA (Benjumea e Moyano)
CONDUCTA SOCIAL:
— Agresividade explosiva, non premeditada
— Desobediencia
— Mentiras
— Roubos
— Ton agresivo e belixerante
— Linguaxe irrespectuosa
— Pobre autocontrol
— Escasa habilidade para resolver problemas
— Pobre relación cos semellantes
ÁREA ACADÉMICA:
— Diminución do rendemento académico
— Dificultades na lectura, ortografía e matemáticas
ÁREA EMOCIONAL:
— Depresión
— Baixa autoestima
— Excitabilidade
— Inmadurez no control emocional
— Tendencia á frustración
— Condutas impulsivas
— Cambios de humor frecuentes
ÁREA FÍSICA:
— Trastornos do sono
— Incoordinación muscular e inmaduridade motora
— Signos neurolóxicos menores

Pero para evitar unha sobreabundancia diagnóstica, debemos constatar que o nivel intelectual é normal, o trastorno aparece en situacións diversas, perturba a adaptación ou o rendemento do neno e non se debe a outros factores.

CÓMO SE PRESENTA NA CONSULTA

O pediatra pode encontrarse ante un neno ou adolescente, levado ou, máis ben, arrastrado ata a consulta por uns pais atafegados e que buscan solución a unhas dificultades académicas ou a unha longa historia de repetición

de cursos escolares, a pesar dun bo nivel intelectual. Veñen, a miúdo, dunha longa peregrinaxe por despachos doutros profesionais. Coexisten, en ocasiónes, síntomas de ansiedade ou depresión, sentimentos de culpabilidade ou escasa autoestima. A sintomatoloxía depresiva máis ou menos manifesta é, ás veces, o principal motivo de consulta na etapa adolescente. Pero, noutras ocasións, preocúpalles ós pais un comportamento impulsivo, uns trastornos de conducta máis ou menos graves, ou unha actitude de oposición constante. E, nalgún caso, en adolescentes, a alarma dispárase a partir da evidencia do consumo de substancias tóxicas.

O pediatra de cabeceira vai ser o profesional máis axeitado para iniciar a valoración, establecer o diagnóstico e orientar o tratamento.

DIAGNÓSTICO E AVALIACIÓN: LIÑAS GUÍA

A Academia Americana de Pediatría (1) publicou, de maneira práctica e eficaz, seis recomendacións destinadas ó pediatra de atención primaria para que poida, na consulta, identificar e orientar o neno que presente un trastorno de atención. Son as seguintes:

1. Ante un neno que amosa falta de atención, hiperactividade, impulsividade, baixo rendemento escolar, ou trastornos de conducta, o pediatra de atención primaria deberá iniciar a avaliación para descartar un TDA. Dada a frecuencia e a importancia deste trastorno na idade infantil, a historia clíni-

ca debería interesarse sempre polo seguimento do noso paciente na escola.

2. O diagnóstico do TDA baséase nos criterios que publica a Academia Americana de Psiquiatría (4) no DSM IV e que se especifican na táboa II. A pesar das múltiples críticas recibidas, o DSM IV é un eficaz instrumento para obxectivar o aluvián de síntomas que achegan tanto os pais como os profesores destes nenos e ten unha aceptación universal.

3. Para o diagnóstico do TDA requírese unha detallada entrevista cos pais ou titores do neno, para recoller información sobre a aparición dos síntomas en distintos lugares, a idade de comezo, a duración e o grao de diminución que producen na vida académica e social do neno. Existen escalas específicas que poden axudar neste cometido, baseadas nos criterios do DSM IV, pero, en calquera caso, o diagnóstico de TDA debe ser clínico e non basearse na puntuación obtida nun cuestionario.

4. Para o diagnóstico de TDA requírese, ademais, a información directa que se poida obter dos mestres e profesores, detallando a sintomatoloxía, a súa duración e intensidade, así como o menoscabo que se inflixe no ritmo de aprendizaxe do alumno. Esta recomendación é moi importante xa que o neno pasa gran parte do día na escola. Aínda que existen cuestionarios orientados cara ó profesorado, na nosa experiencia recomendamos a entrevista persoal estruturada.

Táboa II.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DO TDA segundo o DSM IV
<p>DÉFICIT DE ATENCIÓN</p> <p>Seis ou máis dos seguintes síntomas de déficit de atención que persisten como mínimo durante os seis últimos meses nun grao suficiente, que non estea de acordo co nivel de desenvolvemento e suficiente para desencadear problemas de inadaptación-desatención.</p> <ol style="list-style-type: none"> Presenta falta de atención nos detalles ou comete erros por descoido nas tarefas escolares, no traballo ou noutras actividades. Ten dificultades para manter a atención en tarefas ou en actividades lúdicas. Parece que non escoita cando se lle fala directamente. Non sigue as instrucións e non finaliza as tarefas escolares, encargos ou obrigas no centro de traballo. Ten dificultades para organizar os seus labores e actividades. Evita ou desgústalle dedicarse a tarefas que requiren un esforzo mental sostido (deberes escolares, traballos domésticos...). Extravía obxectos necesarios. Distráese facilmente por estímulos irrelevantes. É descoidado nas actividades diarias. <p>Polo menos seis ou máis entre os seguintes síntomas de hiperactividade e impulsividade, que persistiron durante máis de seis meses, cunha intensidade que é desadaptativa e incoherente en relación co nivel de desenvolvemento.</p>
<p>HIPERACTIVIDADE</p> <ol style="list-style-type: none"> Move en exceso mans e pés, ou remóvese no asento. Abandona o seu asento na clase ou noutras situacións en que se espera que permaneza sentado. Corre ou salta excesivamente en situacións en que é inapropiado facelo (en adolescentes e adultos, pode limitarse a sentimentos subxectivos de inquietude). Ten dificultades para xogar ou dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. Está en marcha ou actúa como movido por un motor. Fala en exceso.
<p>IMPULSIVIDADE</p> <ol style="list-style-type: none"> Precipita respostas antes de que rematen as preguntas. Ten dificultades para gardar a vez. Interrompe ou inmíscese nas actividades doutros.

5. O correcto diagnóstico do TDA require a investigación doutras patoloxías que poden ir asociadas (comorbilidade). Pode existir unha enorme variedade doutros trastornos psicolóxicos e do desenvolvemento no rapaz que presenta un TDA. Máis dunha terceira parte destes nenos a presentan unha ou máis patoloxías asociadas. Este extremo pode dificultar, en ocasións, a rápida e correcta derivación do neno por parte dos servizos psicopedagóxicos.

6. Non se recomentan outras probas de rutina para o diagnóstico do TDA. Non se demostrou relación nin-

gunha cos niveis de plumbemia, nin co funcionamento da tiroide. Tampouco achegaron datos concluíntes os estudos electroencefalográficos nin as modernas técnicas de imaxe cerebral.

O DIAGNÓSTICO

Atendendo estas recomendacións, os elementos fundamentais para o diagnóstico reflíctense na táboa III. A observación que poida facer o médico durante a entrevista ós pais para recoller os datos anamnéxicos é sempre de

grande axuda, xa que permite obxectivar a conducta do neno e a súa interacción cos pais.

O exame físico debe ser completo. Debe incluír a exploración de visión e audición, así como unha fina valoración neurolóxica: coordinación oculomanual, disdiadicocinesia, grafomotricidade, test de Fog (sincinesias nas mans ó andar sobre o lateral interno e externo do pé), test de Calabuig (sentado no bordo dunha cadeira coa cabeza sobre os xeonllos, brazos caídos e estendidos, e permanecer así un minuto) e test de Costa (manterse sentado sobre as patas traseiras dunha cadeira en equilibrio, sen caer).

Táboa III.

ELEMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DE TDA

- Facer un listado dos problemas dos pais e do neno.
- Anamnese coidadosa ós pais (mentres se observa a conducta do neno).
- Entrevista ó neno e valoración do seu nivel mental.
- Examinar e facer unha valoración básica do seu desenvolvemento neurobiolóxico.
- Utilización de cuestionarios para os pais e para os mestres.
- Informe escolar (entrevista presencial ou telefónica).

Complétase esta exploración cunha entrevista co neno a soas, valorando a sintomatoloxía ansiosa e depresiva, as condutas antisociais, a autoestima e a capacidade de reflexión sobre as súas ideas, pensamentos e accións. Recomendamos que o pediatra se familiarice coas probas psicolóxicas, xa que a súa interpretación correc-

ta pode chegarlle moitos datos para coñecer mellor o seu paciente.

A solicitude de exames complementarios estará en función da anamnese e a exploración física, xa que se trata dun trastorno que, de momento, non pode obxectivarse a través de exploracións complementarias específicas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen outros cadros patolóxicos (ou de índole psicopedagóxica) que poden cursar con sintomatoloxía semellante á do TDA. A exhaustiva recollida de datos na anamnese e a fina exploración física e neurolóxica hanos de permitir establecer o diagnóstico diferencial coas seguintes entidades clínicas:



Cincenta, de Norman Rockwell, 1922. ["A miúdo evita os deberes escolares, os traballos domésticos e está como ausente cando se lle fala"].

- Hiperactividade normal para a idade.
- Hiperactividade e déficit de atención ligados a un déficit intelectual.
- Trastornos de conducta.
- Trastorno na vinculación afectiva.
- Trastorno xeneralizado do desenvolvemento.
- Inestabilidade por trastorno de ansiedade ou tensión.
- Depresión (en adolescentes, especialmente).
- Trastornos neurolóxicos.

E a experiencia diaria obríganos a incluír nesta lista o caso, cada vez máis frecuente nas nosas consultas, do neno consentido ou maleducado, que medrou nun ambiente carente de normas.

Táboa IV.

COMORBILIDADE DO TDA

- Atrasos nas habilidades cognitivas.
- Trastornos específicos da aprendizaxe (dislexia).
- Trastornos específicos da linguaxe.
- Trastorno no desenvolvemento das funcións motoras (dispraxia).
- Torpeza motriz.
- Deficiencias de memoria.
- Variabilidade no rendemento escolar.
- Atraso ou fracaso escolar.
- Problemas de adaptación social.
- Deficiencias no control das emocións.
- Baixa autoestima.
- Trastornos emocionais.
- Trastorno de conducta, oposicionismo, actitude desafiante.

VALORAR A COMORBILIDADE

O TDA non acostuma presentarse de forma illada; existen outros trastor-

nos que poden aparecer, con certa frecuencia, asociados a el (táboa IV) dificultando o diagnóstico. O coñecemento desta comorbilidade ten un enorme interese práctico, debido ás repercusións psicopedagóxicas que pode ter o establecemento dun diagnóstico correcto de base. Debido ás dificultades na aprendizaxe escolar, moitos dos pais destes nenos oíron repetir unha e mil veces a mesma sentenza na escola: «Este neno podería facer máis se se esforzase». Así mesmo, debido a esta comorbilidade, moitos destes nenos seguiron longos e ineficaces tratamentos en gabinetes psicolóxicos.

Os trastornos de conducta e o negativismo desafiante poden presentarse nun 35% de nenos con TDA (5). Os trastornos por ansiedade preséntanse ata nun 25% dos casos (5), mentres que as alteracións do humor (depresión e distimia depresiva) aparecen nun 18% (5). Existen poucos estudos feitos desde as consultas de atención primaria sobre a comorbilidade coas dificultades do aprendizaxe. Por iso, as porcentaxes oscilan entre o 12 e o 60% (5).

Descríbese actualmente un maior risco para a presentación de trastornos bipolares, especialmente cando existen antecedentes familiares (6).

ABORDAXE TERAPÉUTICA

O neno que presenta un trastorno por déficit de atención e a súa familia poden contaxiarlle a súa inquietude e desasosiego ó pediatra. Convén evitar

precipitacións e actuar con calma. Son importantes os oito pasos previos que propón Pedreira (7) e que supoñen outras tantas etapas para traballar durante catro semanas. Son os seguintes:

1. Obter a historia clínica desde a familia e desde a escola. Hai que explorar sentimentos de culpabilidade, angustia e frustración nos pais.

2. Comezar focalizando o tratamento en mellorar a interacción entre o neno, os pais e os mestres. Non centrarlo exclusivamente no neno.

3. Animar as actitudes positivas cara ó cambio para favorecer o bo prognóstico.

4. Animar os pais para dedicarlles algún tempo a eles, lonxe do neno.

5. Resaltar a importancia dun ambiente estruturado, con horarios e rutinas.

6. Comunicarlle ó neno as nosas propias expectativas. Hai que facelo con lentitude e claridade, evitando realizar múltiples instrucións ó mesmo tempo.

7. Animar os pais a participar nun grupo de apoio para pais.

8. Consultar co persoal da escola.

A abordaxe terapéutica fundaméntase en tres piares: medicación, orientación e apoio ós pais, e orientación ós mestres. Engadiremos apoio e orientación persoal no caso de adolescentes e mozos. Pero, como paso previo, reviste suma importancia a comunicación adecuada do diagnóstico.

E xa que se trata dun tratamento que atinxe a distintos profesionais,

debe corresponderlle ó pediatra, como médico de cabeceira do neno, a coordinación para evitar a fragmentación dun trastorno que atinxe a toda a persoa e ó seu contorno inmediato.

A. O DIAGNÓSTICO, PRIMEIRO ACTO TERAPÉUTICO

O establecemento dun diagnóstico correcto será o primeiro acto terapéutico que realice o pediatra ante un neno ou un adolescente que se sente mal consigo mesmo e ante unha familia atafegada pola sintomatoloxía do TDA. Ademais, o diagnóstico poralle punto final a unha serie de dúbidas e interrogantes que ata o momento se formularan.

A comunicación deste diagnóstico debe ser efectuada de forma clara, obxectiva, argumentada, e con palabras sinxelas. Resulta útil o emprego dalgún material gráfico ou esquemas sobre o funcionamento cerebral. O feito de destacar os aspectos biolóxicos e madurativos do TDA serve para desculpar a familia e o neno ou adolescente, e así compensar as múltiples observacións negativas que recibiron ó longo da súa vida. Haberá que insistir no compoñente xenético (se o hai ou se pode habelo) e nos aspectos dos antecedentes perinatais (parto distócico, prematuridade, anoxia...). En calquera caso, sempre se pode recorrer a expoñer os atrasos non patolóxicos na maduración do sistema nervioso e a acción dos posibles contaminantes ambientais (dioxinas, organofosforados...).

A comunicación do diagnóstico deberá ser seguida dunha conversación tranquila, e a miúdo en distintas etapas. Existen diversos mitos e falsas crenzas sobre o TDA. Insistimos na enorme importancia de dedicarlle tempo suficiente a esta parte do acto médico pois dela dependerá, en gran parte, o éxito do tratamento. Achegamos algúns dos temas que se deben tratar (8).

— O TDA non é unha enfermidade nin unha sentenza limitante para o resto da vida do neno. É un trastorno madurativo, que implica certas dificultades na capacidade de manter a atención, pero que permite unha vida normal, sen limitacións. As persoas con TDA, conscientes das súas dificultades e aplicando o adecuado tratamento, poden desprezar unha grande enerxía e son moi creativas.

— O TDA non afecta a capacidade intelectual. É interesante lembrar as biografías dalgúns personaxes célebres (Einstein, Churchill, Ramón e Cajal...) que suxiren a presenza deste trastorno.

— Existen cambios evolutivos. A hiperactividade física da nenez convértese en hiperactividade e dispersión de tipo mental ó chegar a adolescencia, na que persisten as dificultades para manter a atención e concentración.

— O TDA non soamente afecta á área académica (que adoita ser a que motivou a consulta), pode afectar tamén ás relacións cos pais e cos amigos, o autoconcepto e a autoestima, o estado anímico e o humor.



Discurso de remate do ano académico, de Norman Rockwell, 1919. O TDA non afecta á capacidade intelectual. Convén un bo contorno familiar e uns bos amigos para non eludir as responsabilidades.

— Non existen culpables. Trátase dunha alteración na bioquímica do cerebro, que con frecuencia ten unha base xenética, de maneira que diminúe a capacidade do propio individuo para dirixir a atención cara a onde convén.

— O entorno e o ambiente son moi importantes para o control do TDA. Cómpre destacar un bo ambiente familiar, uns amigos que o sexan de verdade, unha boa escola e un adecuado coidado da saúde.

— O feito de ter un TDA non serve de escusa para eludir responsabilidades. O neno e o adolescente deben que ser conscientes das súas dificultades e, progresivamente, os protagonistas das accións terapéuticas que emprender.

B. A MEDICACIÓN

O tratamento con psicofármacos estará indicado sempre que a intensidade do cadro clínico teña unha repercusión negativa na aprendizaxe escolar. Polo tanto, os obxectivos principais do tratamento farmacolóxico serán facilitar a aprendizaxe escolar, reducir a conducta hiperactiva e diminuír as respostas impulsivas. Así mesmo, a medicación terá utilidade para favorecer a interacción social, mellorar a autoestima, tratar os problemas coexistentes e, secundariamente, mellorar as relacións intrafamiliares.

Os fármacos psicoestimulantes son de primeira elección, pola súa acción sobre os sistemas cerebrais que regulan a atención e a concentración. Xa que a cafeína é activa nunha escasa porcentaxe de nenos e os anfetamínicos teñen importantes efectos secundarios, o metilfenidato (Rubifén®) é o primeiro fármaco que se lles aconsella a nenos con TDA.

Frecuentemente atopamos un rexeitamento do tratamento con psicofármacos por parte dos pais, polo que haberá que ofrecer unha ampla información sobre as posibilidades terapéuticas e a necesidade de integrar o psicofármaco no seo dunha estratexia multimodal, que inclúa os debidos apoios psicopedagóxicos.

Interesa destacar os efectos positivos da medicación, especialmente aqueles que serán de máis fácil obxectivación: atención, concentración e rendemento escolar. Pero, ademais, gra-

cias ó tratamento farmacolóxico, o neno será quen de escoitar mellor e esforzarse máis, mostrar máis interese pola escola, terminar antes as tarefas, ter máis capacidade de iniciativa e mellorar a presentación dos traballos escolares. Pódese informar sobre cómo se demostrou unha melloría nos síntomas secundarios e os trastornos comórbidos de conducta (9).

Hai que informar tamén sobre os efectos secundarios que poden aparecer: excitabilidade, tics, cefaleas, mareo, anorexia, somnolencia, insomnio, trastornos do sono, ansiedade e molestias abdominais. Non se puideron demostrar atrasos no crecemento (10). Habitualmente estes efectos teñen escasa relevancia e desaparecen espontaneamente. Na nosa experiencia persoal, en moi raras ocasións nos obrigaron a suspender un tratamento.

O metilfenidato absórbese ben por vía oral e é activo ós 30 minutos da súa inxesta. Trátase dun tratamento sintomático, xa que o seu efecto a penas dura unhas 4 horas. Aínda que a dose recomendada é de 0,6 mg/kg/día, preferimos comezar cunha dose máis baixa (0,2-0,3 mg/kg/día), co almorzo, cada día da semana, para que se poidan obxectivar os resultados terapéuticos tanto na casa, nas fins de semana, como na escola, nos días lectivos.

Se a tolerancia é boa, aumentarase a dose ata encontrar a que cada neno precisa, que se sitúa ó redor dos 0,6 mg/kg/día. Convén repartir a dose diaria en dúas tomas (mañá e medio-

día). Se o neno realiza a comida do mediodía na escola e se observan reticencias por parte do profesorado en administrar esta medicación no comedor escolar, somos partidarios de que a segunda toma se realice á hora da merenda, a media tarde.

Nalgunhas ocasións recomendamos distribuír a dose diaria en tres tomas (almorzo, comida e merenda) co fin de mellorar a atención e concentración á hora de realizar os deberes escolares.

Se ben se recomenda o tratamento descontinuo (soamente os días lectivos), non existe inconveniente en facelo continuado cando a situación familiar así o aconsella.

O tratamento con metilfenidato deberá seguirse durante todo o curso escolar, e recoméndanse un control clínico trimestral. Adóitase suspender durante os períodos de vacacións e, especialmente, durante o verán, para continuo ó empezar o novo curso, previa valoración. En xeral acéptase que o tratamento debe ser longo, probando as respostas que se obteñen ó suspender o tratamento. Xa que o TDA pode persistir máis alá da infancia, o metilfenidato pode administrarse tamén en adolescentes e mozos. Temos excelentes experiencias nestes grupos de idade.

A adecuada información ó neno e ó adolescente sobre o diagnóstico e o tratamento permitiranos que este se involucre nel. Este aspecto é fundamental para conseguir un bo resultado terapéutico.

Se ó TDA se asocia sintomatoloxía depresiva, a asociación de metilfenidato con fluoxetina ou paroxetina acostuma mellorar espectacularmente a resposta terapéutica. Noutros casos obtivemos moi bos resultados con nortriptilina (Martimil®).

Se o TDA se asocia a trastornos de conducta suficientemente importantes e distorsionantes da vida diaria do neno, a asociación a baixas doses de risperidona (Risperdal®) acostuma ser de grande eficacia para obter un mellor control.

Ante as frecuentes reticencias dos pais e dos profesores ante o uso de medicación, é importante recordar que o uso de psicofármacos no TDA reduce nun 85% o risco do uso de substancias tóxicas (11).

C. ORIENTACIÓN Á FAMILIA

Non existe un patrón único para o TDA. Existen diferentes graos de afectación da atención, diversos graos de impulsividade, diversos ambientes familiares e diversas circunstancias. Pero existe un denominador común: o TDA produce sempre unha afectación do diálogo e a comunicación entre o neno e a súa familia, e xera angustia nos pais. A angustia dos pais xera máis hiperactividade, máis impulsividade e máis ansiedade nos fillos. Non nos estrañan historias de fracaso nas relacións pais-fillos, que chegan incluso, en ocasiónes, ó enfrontamento.

Seguindo os traballos de Folch (12), o obxectivo que nos propoñemos



A realidade da vida, de Norman Rockwell, 1951. As normas expostas polos pais deben ser claras e precisas.

ante unha familia desbordada debe ser evitar que pais e fillos vivan enfrontados, malhumorados, angustiados e cunha sensación de impotencia e fracaso permanente. Por iso, ó expoñer o tratamento convén pautar unhas sesións dedicadas a reorganizar a dinámica da vida familiar. Para Folch (12), esta reorganización fundaméntase en catro piares:

1. A demostración de afecto, que debe evitar a sobreprotección.

2. A tolerancia que foxe do perfeccionismo e invita a non intervir constantemente na vida do neno e do adolescente con TDA, recordando as palabras do profesor Ll. Folch i Camarasa: «existen cousas pouco importantes, cousas importantes e cousas moi importantes». Destas últimas, non hai tantas.

3. A estabilidade que supón coherencia no fundamental: os criterios que seguir deben derivar dun proxecto educativo e non do humor do momento.

4. O exercicio da autoridade dos pais que xera seguridade e se basea na construción dunha familia normativa. As normas deben ser claras, precisas e concretas.

Suxerimos algúns aspectos sobre actitudes educativas no noso labor de orientación ós pais (táboa V).

Táboa V.

ORIENTACIÓNS EDUCATIVAS Á FAMILIA

1. Comprender o seu trastorno.
2. Vivir o presente: establecer unhas metas simples e concretas, a curto prazo.
3. Establecer as directrices educativas, de maneira clara e constante.
4. Non deixarse contaxiar pola súa inquietude. A efectividade das actitudes educativas dependerá da conducta adulta que os pais consigan manter.
5. Nin os castigos nin os premios demostraron ser efectivos no manexo do neno con TDA, aínda que poden estar xustificadas nalgúns ocasións. As ameazas de castigo ou as promesas de premios son aínda máis ineficaces.
6. Organizar a rutina e os horarios da vida cotiá na casa para os días laborables e tamén para as fins de semana.
7. Descubrir as actividades do fogar que sexan máis relaxantes para o neno e os seus pais, favorecendo as que reduzan a tensión ambiental.
8. Evitar as situacións en que sexa previsible un fracaso. Convén non expoñelo a unha situación que poida resultar humillante para el e para o contorno.
9. Controlar e conter a propia angustia e non depositala no fillo.
10. Educar a autoestima.

D. ORIENTACIÓN NA ESCOLA

A escola pode ser un lugar moi importante para a contención e a educación do neno con TDA ou pode ser tamén o lugar onde se presenten os primeiros síntomas de inadaptación e dun fracaso persoal que é moito máis grave có fracaso escolar. Polo tanto, debemos incluír a escola no plan de tratamento global do neno con TDA.

Para poder enfocar calquera acto de orientación escolar, os profesores necesitan, como primeiro obxectivo, coñecer a existencia do trastorno por déficit de atención, con ou sen hiperactividade. O mestre debe saber que o seu alumno con TDA non é máis torpe cós demais. Trátase dun neno ou un adolescente que pode traballar cun bo ritmo se se sabe estimulalo adecuadamente. Para iso fai falta previr, estruturar, organizar períodos de traballo de curta duración, establecer unha estreita relación co alumno, individualizar a ensinanza e utilizar reforzos positivos. E o mestre debe aceptar tamén que o alumno mostrará alteracións na súa conducta cando a tarefa sexa demasiado difícil, de longa duración, con supervisión excesiva, ou en situacións de conflito emocional.

A organización Ch.A.A.D. (13) propón algunhas suxestións para que os mestres poidan manter o control do ambiente da aula (táboa VI).

E. SEGUIMENTO

Recomendamos un seguimento trimestral para avaliar os progresos do

nenos, descartar efectos secundarios da medicación (se a prescribimos) e fornecer contención, apoio e orientación ós pais.

Táboa VI.

ORIENTACIÓNS Á ESCOLA

1. Controlar o ambiente na clase: con orde, unha rutina e unha previsión; con normas claras, argumentadas e consistentes.
2. Organizar a clase e os deberes, utilizando a axenda, sempre anotados no mesmo lugar.
3. Planificar os horarios. As materias académicamente máis fortes deberían darse en horario matutino, intercalando espazos para traballo práctico, e facendo pausas entre as distintas clases.
4. Adaptar as normas ó alumno con TDA.
5. Inventar novas estratexias para mellorar a atención do alumno: establecer contacto visual antes de verbalizar instrucións, non preguntarlle cando se ve ausente, utilizar o seu nome de pia...
6. Intervenir na modificación de conductas. Ante unha conducta disruptiva na clase é mellor illalo durante uns minutos, fóra da aula. Non son útiles as rifas, os sermóns nin as reflexións morais.

EVOLUCIÓN E PROGNÓSTICO

A sintomatoloxía do TDA non se manifesta unicamente durante a idade infantil. Aproximadamente tres cuartas partes dos nenos afectados chegarán á adolescencia mantendo os síntomas de falta de atención e concentración, con ou sen hiperactividade. Debido a que este trastorno non é suficientemente diagnosticado nin adecuadamente tratado durante a idade infantil, consúltannos adolescentes que lle suman á súa crise persoal os problemas adaptativos derivados dun pensamento dis-

perso e impulsivo e dunha capacidade de autoorganización escasa. No adolescente, o TDA maniféstase máis a nivel emocional interno, nas relacións familiares e sociais, e no rendemento académico (14). Son conflitos importantes que poden comprometer as expectativas de futuro. Nun estudio lonxitudinal, de la Fuente (15) advirte sobre o risco destes pacientes de presentar fracaso escolar, trastornos de personalidade, abusos de substancias e problemas delictuosos.

O TDA afecta a moitos nenos e adolescentes en todos os aspectos das súas vidas: na convivencia familiar, na escola e cos compañeiros. Moitos pais pódense sentir frustrados, avergoñados, culpabilizados ou deprimidos. Case todos se senten fracasados na súa función de pais. Por este motivo, a familia do neno e do adolescente con TDA require un trato sensible e comprensivo. Co diagnóstico, o tratamento e as orientacións, debemos ofrecerlles o noso apoio decidido.

Ademais, a nosa intervención na escola debe ser decidida, obxectiva e orientadora. Desde o momento en que un profesor entenda a complexidade que representa un neno con TDA, daremos un paso importante no camiño da súa recuperación e da súa proxección no futuro.

Traballando xuntos os profesionais da saúde, as familias e os docentes, sen esquecer a implicación activa do propio paciente en canto sexa posible, poderemos alcanzar o noso obxectivo

final: axudar o neno e o adolescente con TDA a ser un adulto competente, autoconfiado e con autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity, «Disorder Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder», *Pediatrics*, 2000, 105 (5), pp. 1158-1170.
2. Gaub, M., e CL. Carlson, "Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36(8), pp. 1036-1045.
3. Benjumea Pino, P., e MD. Mojarro Práxedes, "El síndrome hipericinético", en J. Rodríguez Sacristán (ed.), *Psicopatología del niño y del Adolescente*, Sevilla, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1995, pp. 723-765.
4. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Washington DC: American Psychiatric Association, 1994, 4ª ed.
5. Green, M., M. Wong, D. Atkins *et al.*, *Diagnosis of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Technical Review 3*, Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Policy and Research; 1999. Agency for Health Care Policy and Research publication 99-0050.
6. Biederman, J., SV. Faraone, E. Mick *et al.*, "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Juvenile Mania: An Overlooked Comorbidity?", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996, 35(8), pp. 997-1008.
7. Pedreira Massa, JL., *Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria*, Madrid, Editorial Libro del Año, 1995.
8. Robin, AL., «Attention Deficit Hyperactivity Disorder», *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 1998, 9, pp. 373-383.
9. Cantwell, DP., «Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996, 35(8), pp. 978-987.
10. Spencer, T.J., J. Biederman, M. Harding, D. O'Donnell, SV. Faraone e TE. Wilens, "Growth Deficits in ADHD Children Revisited: Evidence for Disorder-Associated Growth Delays?", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996, 35(11), pp. 1460-1469.
11. Biederman, J., T. Wilens, E. Mick, T. Spencer e SV. Faraone, "Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for

- Substance Use Disorder", *Pediatrics*, 1999, 104 (2), pe20.
12. Folch, J., M. Aragay, M. Bordas *et al.*, "Hiperactividad y familia", en N. Bassas e J. Tomàs (eds.), *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia. Cuadernos de paidopsiquiatría*, 1, Barcelona, Laertes, 1996, pp. 89-98.
 13. Children and Adults with Attention Deficit Disorder, *Attention Deficit Disorders: An Educator's Guide*, (Ch.A.D.D. Facts núm. 5), Plantation, Florida (USA): Ch.A.D.D., 1994.
 14. Biederman, J., E. Mick e SV. Faraone, "Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type", *Am J Psychiatry*, 2000, 157 (5), pp. 816-818.
 15. De la Fuente Sánchez, J.E., "Estudio longitudinal del Trastorno Hiperactivo Disocial", 37ª Reunión Anual de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil, *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (en prensa).



J. CORNELLÀ e A. LLUSENT, "Trastorno por déficit de atención, con ou sen hiperactividade", *Revista Galega do Ensino*, núm. 40, Outubro 2003 (Especial *Saúde nas aulas*), pp. 163-176.

Resumo: O Trastorno por Déficit de Atención constitúe un dos problemas de maior frecuencia que afecta a nenos e adolescentes e que pode levar a máis consecuencias nefastas para a súa saúde mental. As posibilidades de diagnóstico precoz e de intervención efectiva diminúen moito os riscos de evolución tórpida. Trátase dun tema que non debería ser descoñecido para os profesionais da educación, xa que, tal vez, poidan ser eles os primeiros en detectalo e orientalo. Ofrecense unhas liñas guía para o seu diagnóstico e tratamento, así como para axudar a que o neno, o adolescente, os seus pais e profesores poidan comprendelo.

Palabras chave: Trastorno por déficit de atención. Fracaso escolar. Trastornos da aprendizaxe. Psicofármacos. Reeducación.

Resumen: El Trastorno por Déficit de Atención constituye uno de los problemas de mayor frecuencia que afecta a niños y adolescentes y que puede llevar a más consecuencias nefastas para su salud mental. Las posibilidades de diagnóstico precoz y de intervención efectiva disminuyen mucho los riesgos de evolución tórpida. Se trata de un tema que no debería ser desconocido para los profesionales de la educación, ya que, tal vez, puedan ser ellos los primeros en detectarlo y orientarlo. Se ofrecen unas líneas guía para su diagnóstico y tratamiento, así como para ayudar a que el niño, el adolescente, sus padres y sus profesores puedan comprenderlo.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención. Fracaso escolar. Trastornos del aprendizaje. Psicofármacos. Reeducación.

Summary: The Attention Deficit Disorder is one of the problems that very frequently affects children and adolescents and that can lead to disastrous consequences for their mental health. The possibilities of early diagnosis and effective intervention reduce many of the risks of torpid evolution. It is an issue that should not be unknown to educators, as they may be the first ones to detect and direct it. We offer some guidelines for its diagnosis and treatment. These can also help the child, the adolescent, the parents and the teachers to understand this problem.

Key-words: Attention Deficit Disorder. School failure. Learning disorders. Psychoactive drugs. Reeducation.

— Data de recepción da versión definitiva deste artigo: 3-07-2003.