

TDAH, el gran desconocido

Por Rubén López Barrero

Todos hemos oído hablar de él; ocasionalmente hemos lidiado con ello, pero pocas veces sabemos actuar correctamente. El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), es un trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos. El TDAH se ubica en la clasificación de los trastornos mentales del APA (Asociación Americana de Psiquiatría), en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

De acuerdo con ésta clasificación, se establecen 3 subtipos del TDAH, según la presentación del síntoma predominante:

- Tipo con predominio del déficit de atención.
- Tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad.
- Tipo combinado, donde predominan tanto síntomas de desatención como de impulsividad-hiperactividad.

La característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos autores, destacan las dificultades de autocontrol como eje central del trastorno. Principalmente, hay que distinguir el TDAH de comportamientos propios de la edad en niños activos, retraso mental, situaciones de ambiente académico poco estimulante y sujetos con comportamiento negativista desafiante. Se estima que de un 3% a un 5% de los niños menores de 10 años padecen TDAH. Esto significa que es más probable que los profesores tengan de uno a tres niños hiperactivos en una misma clase. Este trastorno es indudablemente más

frecuente en los varones que en las niñas en una proporción de 10 a 1 (por cada diez niños hiperactivos encontramos una niña hiperactiva).

La falta de atención de los niños hiperactivos tiene unas manifestaciones comportamentales y unas manifestaciones de tipo cognitivo. El origen de estas manifestaciones de desatención podría radicar en la existencia de un déficit cognitivo o de falta de motivación para realizar las tareas. Podemos decir que los niños hiperactivos tienen más problemas de conducta cuando la información es repetida que cuando es novedosa. Por lo tanto, la desmotivación por la tarea tiene su origen en una mayor dificultad para procesar los estímulos y no en la vaguería o en la desgana.

Una de las características más llamativas del niño hiperactivo es la excesiva actividad motora que sobrepasa los límites normales para su edad y su nivel madurativo. Este exceso de actividad motriz se manifiesta normalmente por una necesidad de moverse constantemente y por la falta de autocontrol corporal y emocional.

Del mismo modo que sucede con este exceso de actividad motriz, nos encontramos con que estos niños también desarrollan la impulsividad comportamental, que lleva al niño hiperactivo a actuar sin evaluar las consecuencias de sus acciones, llevado por un deseo de gratificación inmediata. Esta impulsividad está muy relacionada con el grado de tolerancia a la frustración, es decir, con el umbral a partir del cual un niño es capaz de valorar una experiencia como frustrante. Todo esto deriva muchas veces en una falta de conciencia del riesgo, que les hace más propensos a los accidentes. El niño hiperactivo carece de la reflexividad y madurez suficiente para analizar eficazmente una situación real y mucho menos, hipotética, por tanto su conducta resulta normalmente inmadura e inadecuada. Además, el niño hiperactivo se caracteriza por una desorganización personal interna y externa, lo que hace que le resulte más difícil comportarse de forma autónoma. En la educación de los niños hiperactivos la dificultad radica en mantener el equilibrio justo entre lo que le exigimos y lo que podemos exigirle en función de su propia capacidad.

Un aspecto importante también en este apartado es el mal comportamiento. Este mal comportamiento puede llevar, con el paso de los años, a un trastorno serio de la conducta. Para los niños hiperactivos que presentan ya desde muy pequeños este tipo de comportamientos, se hace urgente el comienzo de una intervención de autocontrol y el asesoramiento educativo a los padres, para que todo ello no derive en negarse a obedecer, desafiar la autoridad, negativismo desafiante, etc.

Todo esto deriva en que la relación entre padres e hijos sea especialmente difícil en el caso de los niños hiperactivos-agresivos, produciéndose un desajuste en el estilo educativo.

Emocionalmente, los niños hiperactivos muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, les cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos, se muestran tercos y malhumorados con frecuencia y parecen tener una autoestima muy baja o falsamente inflada. Los niños hiperactivos suelen ser descritos por sus familiares y educadores como niños que se comportan de forma infantil, inestable y con frecuentes cambios de humor. Tras la desobediencia muchas veces se esconde el deseo de llamar la atención en los adultos, aunque sea a costa de un castigo o una regañina. Saber entender este aspecto resulta de vital importancia para conseguir cambios en la conducta del niño hiperactivo.

La gran mayoría de estos niños tienen dificultades en la interacción con sus compañeros, tanto si presentan problemas de conducta como si sólo muestran una sintomatología hiperactiva. Suelen ser rechazados por sus compañeros a pesar de que pueden ser muy sociables. Digamos que no son capaces de predecir las consecuencias sociales de sus conductas. Les interesa la satisfacción inmediata, no pueden pensar en

que las consecuencias de sus acciones les pueden limitar sus relaciones sociales futuras.

Es sabido que el **profesor** determinamos la evolución de cualquier niño no sólo en el sentido académico, sino también en el terreno afectivo. Los profesores desempeñamos para los niños pequeños un rol semejante al de un segundo padre o madre.

De nosotros depende que sea detectado a tiempo el cuadro de TDAH; por lo que nos cuesta menos que a los padres percatarse de que las cosas no van bien, puesto que tenemos como punto de referencia al resto de los niños del grupo. También depende de nosotros la forma en que los padres van a entender y aceptar las señales de alerta. Un profesor debe ser lo más objetivo y riguroso posible en el momento de dar la información a los padres, relajando la angustia si ve que es desmedida y alertando si los padres parecen quitar demasiada importancia al tema. Depende también de nosotros la mejora del comportamiento del niño en el aula y el control de los efectos negativos que el comportamiento del niño pueda tener sobre los demás alumnos del curso, sin culpabilizar o estigmatizar a ninguno.

Un buen profesor debería modificar las condiciones del ambiente del aula para favorecer la concentración en clase. Esta técnica es la más fácil de llevar a la práctica, y nos puede proporcionar una mejora más inmediata. También debería estructurar las tareas en tiempos cortos para ayudar a estos niños a terminar sus tareas. Y como no, utilizar técnicas comportamentales que se pueden aplicar en el aula, tales como premios, el tiempo fuera de refuerzo positivo, el castigo como consecuencia directa de la mala conducta, la técnica de la tortuga para favorecer el autocontrol, etc. En muchos casos, todo esto es difícil de llevar a cabo.

El papel de los **padres** resulta también imprescindible para la recuperación del niño hiperactivo. Los padres representan la fuente de seguridad, los modelos a seguir,

el reflejo mismo de lo que los hijos sienten que son, la base fundamental sobre la que construyen su propia escala de valores y el concepto de disciplina y autoridad. De los padres depende en gran medida, la mejor o peor evolución de la sintomatología que presenta el niño hiperactivo.

Un niño hiperactivo necesita una familia con unas normas claras y bien definidas, con un ambiente ordenado y organizado, sereno, relajante, una familia que reconozca el esfuerzo realizado por el niño, que le anime, que le ayude a situarse y organizarse pero sin dejarse manipular por sus caprichos, que le ayude a encarar los problemas y encontrar soluciones. Está en manos de los padres coordinar el intercambio de información entre el neurólogo, el psicopedagogo y el profesor, no activar al niño con su comportamiento, poner límites educativos correctos, favorecer su autonomía personal, crear buenos hábitos de estudio, reforzar su autoestima, y sobre todo, favorecer el contacto controlado con otros niños.

Para cumplir todo esto, los padres necesitan un diagnóstico temprano de la situación en la que se encuentra su hijo, información muy clara sobre el TDAH, tener presente que el problema tiene solución, pero que, de no tomar las medidas oportunas irá creciendo en los próximos años, disponer de asesoramiento y recibir instrucción directa sobre el tratamiento general del niño y específica sobre las pautas de actuación para casa.

Antes de pasar a mencionar los aspectos relacionados con el tratamiento del TDAH creo conveniente tratar varios aspectos neurológicos del trastorno que muchos profesionales de la educación ignoran. La etiología del TDAH viene determinada por cuatro aspectos fundamentales: la neuroanatomía y neuroquímica, la genética, las lesiones del SNC y los factores ambientales. Además, nos encontramos con que el riesgo de padecer TDAH se puede dar más en madres que fuman durante el embarazo que en las que no lo hacen, pero lo que principalmente prevalece sobre ello son los aspectos genéticos.

Los signos neurológicos “blandos” o menores en el niño con TDAH son: hipotonía muscular, mala diadococinesia, dificultad para la relajación, sincinesias, movimientos en espejo, mal equilibrio estático y dinámico, mala habilidad motora gruesa y fina, retraso en patrones motores del habla... Al lado de esto se encontraría un diagnóstico diferencial, donde aparecería un niño inquieto, con problemas ambientales en su entorno social, con defectos sensoriales, algún efecto adverso de fármacos, trastornos psiquiátricos, retraso mental en algunos casos, etc.

Si nos centramos en una evolución crónica del TDAH podemos observar que a medida que el niño crece, que llega a la adolescencia, universidad, a la edad adulta, los problemas se complican, y podríamos estar hablando ya de problemas académicos, dificultades sociales, drogas, problemas laborales, accidentes, autoestima...

Por lo tanto, una vez teniendo todo eso en cuenta se pasaría al **tratamiento**. La finalidad del tratamiento será mejorar los síntomas del TDAH, reducir y eliminar síntomas asociados y mejorar las consecuencias (aprendizaje, lenguaje, escritura, relación social, actitudes...). Podremos distinguir entre un tratamiento psicológico y un tratamiento farmacológico, que en muchas ocasiones se da simultáneamente.

El tratamiento psicológico se centrará en técnicas de modificación de conductas y en técnicas cognitivo-conductuales, para potenciar conductas, eliminar conductas negativas, etc. El tratamiento farmacológico no es problemático si se indica y ajusta por un médico con experiencia. Debe ser individualizado, administrando la dosis mínima eficaz y bien tolerada, con controles frecuentes en los que se evalúen la eficacia y los efectos secundarios. También, dando “vacaciones” terapéuticas si es posible, y todo ello, asociado con el tratamiento psicopedagógico.

Los fármacos indicados para tratar el TDAH suelen ser principalmente psicoestimulantes, inhibidores de la monoaminoxidasa, antipsicóticos e inhibidores específicos de la recaptación de noradrenalina (atomoxetina). Nos encontraremos con 3 medicamentos principalmente: *Rubifen* (metilfenidato), *Concerta* y *Medikinel*.

El *Rubifen* es un medicamento de liberación inmediata, que permite ajustar la dosis de forma más precisa, es más fácil de ingerir y mucho más económico que el resto. Alguno de los inconvenientes que presenta es su duración (entre 2 y 4 horas), el efecto rebote, la relación que genera entre la toma de pastilla y el rendimiento escolar...

El *Concerta* es un medicamento de liberación sostenida, se suministra una sola vez al día, con el desayuno. Su eficacia se sitúa entre 6 y 8 horas, y evita las molestias de las dosis repetidas durante el horario escolar.

El *Medikinel* es un medicamento de efecto retardado, que además de actuar inmediatamente, sus efectos duran mucho más tiempo. El único inconveniente que tiene es su precio (unos 124€ mensuales), ya que es bastante más costoso que el resto, y a largo plazo se puede notar este desembolso económico.

Por último, con todo esto que hemos visto podemos hablar de un pronóstico, que en ocasiones puede ser malo. Estos son algunos de los factores que implican un mal pronóstico: sintomatología florida, comorbilidad, diagnóstico tardío o no aceptado, tratamiento inadecuado, ineficaz, no aceptado, retraso mental, bajo nivel social, cultural y económico, etc.

RUBÉN LÓPEZ BARRERO