

TDAH, hacia una concienciación, implicación y abordaje común

Posted on [26 junio, 2012](#)



Elia Ruiz. Dicho trastorno a pesar de ser el de mayor prevalencia en la infancia y con un impacto considerable tanto en la vida cotidiana del niño, su entorno escolar y familia, continúa rodeado de polémica, controversias entre los propios profesionales y especialistas, que poco ayudan al abordaje eficaz de éste.

Se le ha denominado la “enfermedad invisible”, debido a que no hay una disfunción física visible, además hay una negación constante del propio trastorno, se minimizan sus efectos, no se reconocen sus limitaciones evidentes como la afectación de las funciones ejecutivas, etc. Y por parte de las instituciones no se le presta la debida atención. Es importante calzarse en los zapatos de estos niños que sufren el no poder controlar su falta de atención, emociones, impulsos... que le dificultan su aprendizaje, le ocasionan el bombardeo de críticas constantes llovidas de todos los entornos: profesores, padres, compañeros... Por otro lado las familias que sufren a diario en su vida cotidiana sus despistes, desorganización, su lucha constante por hacer las tareas, estudiar... además han de soportar las críticas destiladas hacia su propia labor como padres a pesar de que hacen todo lo que pueden y que al pedir ayuda muchas veces lo que reciben es lo que se ha llegado a denominar “maltrato institucional”, ya que reciben confusión, críticas a su labor... o dejadez de funciones, postergación de la intervención... con el resultado de fracaso escolar y otros problemas de conducta, ansiedad... que lo llega a agravarse más por una falta de intervención en su momento.

Otro de los problemas que se está detectando debido a la falta de infraestructuras y recursos de orientadores en la etapa de primaria, contribuyen a un retardo en la detección precoz de estos niños, sobre todo de los niños inatentos. Ello produce que legiones de alumnos/as estén llegando a los centros de Educación Secundaria con graves dificultades de aprendizaje y con incipientes problemas de conducta que van aumentando con la llegada de la adolescencia. Este efecto de “bola de nieve” con acumulación de fracasos escolares, personales, frustración, problemas de conducta... suponen una población de riesgo con coste personal, social y familiar de difícil abordaje y un reto tanto para educadores, especialistas y familia.

1) PREVALENCIA :¿TRASTORNO DE MODA O INFRADIAGNÓSTICO?

Como sabemos el trastorno está recogido en el DSM-IV desde los años 90. De ahí el retardo en la formación de especialistas en España, que tímidamente empezará a partir del año 2000. Por ello, se explica el boom de niños, adolescentes e incluso adultos sin diagnosticar o en vías de diagnóstico. Así la falsa creencia de que hay un exceso de diagnósticos contrasta con la base científica, apoyada en estudios epidemiológicos rigurosos que arroja cifras que van desde el 4-7% de niños en España. Esto equivale a que en cada clase puede haber entre uno y tres niños con este tipo de trastorno.

En el reciente estudio del TDAH en Andalucía llevado a cabo por el equipo de la Dra. Alfonsa Lora, de la Unidad de Investigación y Eficiencia clínica que se ha llevado a cabo un extenso estudio en 83 centros escolares de Andalucía (en Málaga 14 colegios) en niños de 6 a 14 años de edad arroja conclusiones contundentes: (sólo hay un 2%, por tanto, hay actualmente unos 30.000 niños en Andalucía sin diagnosticar. El caso más común es un niño tipo inatento o combinado. Además presenta una alta comorbilidad con TND (Trastorno Negativista Desafiante) así como con Dificultades de Aprendizaje (lecto-escritura, lógico-matemática, bajo rendimiento escolar...) multiplicándose por casi por tres esta prevalencia con respecto al resto de los niños.

2) CONCEPTUALIZACIÓN DE TDA-H, ORIGEN.

Como sabemos, actualmente el TDAH atiende a clasificaciones diagnósticas como el DSM-IV y CIE-10. Así, aparecen varios subtipos:1) hiperactivo-impulsivo, 2) Combinado y el subtipo inatento. Este último subtipo, parece previsible que en la próxima edición del DSM-V haya una escisión diagnóstica, ya que su perfil es bien diferenciado del tipo hiperactivo. Barkley ha propuesto denominarlo (Trastorno cognitivo de tempo lento).

Además de la sintomatología principal, es muy común que dicho trastorno se acompañe de otros síntomas asociados, como fobias, ansiedad, depresión, síndrome Gil-Touret, TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo), trastornos de conducta (TND, agresividad...). Todos estos síntomas le originan una gran disfuncionalidad académica y social.

En cuanto al origen del TDAH, básicamente se considera un trastorno neurobiológico motivado por una hipofunción de las áreas cerebrales que ocasiona un desequilibrio bioquímico en las áreas cerebrales involucradas que intervienen en la atención, el movimiento y el autocontrol. Esto afecta a un gran número de funciones ejecutivas cerebrales (planificar, autorregulación conductual y emocional, memoria, etc.). Todo ello se vislumbra con el síntoma de inmadurez típico en estos niños. También se ha demostrado que la herencia genética es el principal predisponente (70% de los casos). A partir de aquí se deduce que estamos ante un problema complejo que requiere una atención y tratamiento multimodal: escuela, familia y especialistas externos.

3. EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO.

En general, los primeros detectores de la conducta del niño suelen ser tanto los propios padres como los mismos maestros, dada la disfuncionalidad con respecto al grupo. La detección precoz es fundamental en la prevención de la gravedad del trastorno. En general, se recomienda realizarla en torno a los seis años, de hecho la eclosión del trastorno se produce al iniciar la etapa de primaria, donde hay una mayor exigencia académica de atención sostenida. Sin embargo, el tipo inatento suele pasar más

desapercibido y si además presenta buena capacidad, puede eclosionar en etapas más superiores o incluso en la ESO, cuando se ponen en juego otro tipo de funciones ejecutivas.

A la hora de realizar una evaluación psicopedagógica es importante tener en cuenta: establecer una relación funcional de las conductas presentadas, determinar puntos fuertes (suelen ser niños cariñosos, creativos...) y débiles del alumno/a, determinar diagnóstico diferencial: de simple atención por otros motivos, así como TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), RM (Retraso madurativo), trastornos de ansiedad o depresión, síndrome X frágil, etc.

Una vez que el profesor o la familia ha realizado la solicitud de evaluación y sospechamos un posible TDAH, hemos de determinar las conductas y las áreas de evaluación. Las pruebas imprescindibles serían: cuestionarios o escalas (Snapv-IV, Edah, Magallanes de Albor, Conners, etc.), la entrevista exhaustiva a los padres sobre desarrollo evolutivo, clima familiar...a los profesores; así como la evaluación del propio niño (capacidad cognitiva, atención y áreas susceptibles de evaluar, en función del caso). También hemos de tener en cuenta los métodos observacionales: en aula, recreos, durante la entrevista, análisis de tarea (atención, manifestaciones verbales y no verbales, cómo se enfrenta a ella, si se precipita, cómo aborda el error...es decir, analizar su estilo de aprendizaje).

Algunas pruebas recomendadas para evaluar el área cognitiva para asegurarnos que su capacidad entra dentro del parámetro de la normalidad: WIS-IV arroja una información fiable en área verbal, inteligencia fluida, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, como vemos algunas de las áreas afectadas por el propio trastorno. También podemos aplicar algunas otras para realizar un screening rápido (ya que ha de ajustarse al CI dentro del promedio), como Matrices de Raven o Factor G. Para evaluar la atención: resultan muy útiles y fáciles de pasar el test de Caras, D2 (que mide varios factores de la atención) u otras como MPDT, CSAT, etc. También resultan interesantes algunas pruebas neurológicas como Tarjetas de Wisconsin, Test Figura Rey o test colores y palabras de Stroop, etc.

Finalmente tras la evaluación exhaustiva es importante triangular los datos y analizarlo todo en su conjunto para dar una explicación a todo el cuadro. También se ha de contemplar una intervención tanto en aula, fuera de ella, pautas para el profesor, niño y familia. Establecer un dictamen de escolarización en función de las necesidades educativas que presente el alumno, propuesta de recursos (PT, AL), posibles adaptaciones curriculares, medidas y criterios de evaluación.

Ante el pantanoso tema legal acerca del TDAH, hemos requerido la inestimable ayuda de nuestro querido compañero y coordinador del EOE Málaga Este, Manolo Pérez, el cual nos ha aclarado algunos puntos clave para que tengamos una actuación uniforme. Así, en el caso de una alta sospecha de TDAH o un cuadro de conductas compatibles con el mismo, podemos derivarlo a los Salud Mental de la zona, pero es importante saber en base a las instrucciones del 10 de Marzo de 2010 y recientemente en las instrucciones del 20 de Abril de 2012 que no necesitamos el diagnóstico para aplicar las medidas educativas necesarias: apoyo por parte del profesorado de pedagogía terapéutica, para lo cual es necesario que se elabore el dictamen que lo determine, una adaptación curricular poco significativa o un programa de refuerzo, una adaptación

curricular significativa, en el caso de que el desfase curricular sea importante, programas de modificación de conducta. Por otro lado, con respecto a la inclusión del alumnado en Séneca: Un alumno diagnosticado de TDAH/TDA por un servicio externo pero que no necesita ayuda extraordinaria, en cuyo caso se censa, pero sin hacerle dictamen. Un alumno con “conductas compatibles con tDAH y/o trastornos de conducta” se le hace dictamen (aunque no tenga diagnóstico externo) en el momento en que necesite recursos.

4. INTERVENCIÓN MULTIMODAL

Está demostrado que el tratamiento más eficaz para abordar un problema tan complejo es multimodal: familia, el colegio y profesionales externos (sanitarios, psicólogos, etc.) y nosotros como orientadores suponemos una pieza clave en todo este engranaje: tenemos la responsabilidad de detectarlo y dar respuestas eficaces, podemos concienciar al profesorado y darle pautas más eficaces, escuchar a la familia y tener una comunicación fluida así como con los profesionales externos.

Otro punto muy controvertido lo supone el tema farmacológico o de la medicación (Concerta de efecto largo, Rubifén de efecto corto, Estratega, etc.) pero en la mayoría de los casos, no hay una opinión formada al respecto. Según los últimos estudios científicos que se presentaron en el Congreso Internacional de TDAH en Hospital Ramón y Cajal en los estudios longitudinales realizados en EEUU con niños con TDAH medicados y tratadas convenientemente y no medicados se ha comprobado que llegan al peso y la talla esperada y además presentan muchos menos conductas desadaptativas en su adolescencia y adultez así como una remisión del trastorno en el 50% de los casos o bien una disminución considerable de la sintomatología del trastorno, en comparación a los no tratados. Por tanto, los riesgos de la medicación están medidos ya que se trata de una medicación de largo recorrido (más de 30 años) pero también existen muchos riesgos por no tomarla si el caso lo requiere (alta impulsividad, dificultades de aprendizaje, riesgo de fracaso escolar...) ya que en adolescencia pueden incurrir en conductas impulsivas de riesgo, drogadicción, ansiedad y depresión. La medicación bien regulada ayuda bastante en la mayoría de los casos: el profesor observa cómo el niño es capaz de centrarse en la tarea, mejora la letra, su impulsividad y otras conductas manifiestas. Por ello, los especialistas nos pedirán una reevaluación del comportamiento en el colegio para poder reajustar las dosis convenientemente.

Intervención en centro escolar: “claves de actuación”:

1) Implicarse, tener empatía por el niño y por su familia: explicar al profesorado el trastorno e implicarlo (especialmente al tutor/a). Hacer que miren al alumno con otros ojos, fomentar el diálogo con él (tipo democrático. Emplear frases cortas y sencillas, mirarle a los ojos cuando le hablamos, tocarle...), frecuente comunicación con su familia (mail, teléfono, tutorías), así como con especialistas o profesores externos. La intercomunicación es una obligación.

2) Apuesta por la intervención en el aula y el profesorado como orientador de primera línea y cada vez más especialista aunque apoyado por nosotros, ofreciéndole estrategias como:

-Disponer la clase en forma de U o sentarlo al alumno afectado en primera línea, ya que atenderá más y facilita el refuerzo pedagógico continuo que necesita por parte del profesor, (en vez de regañar, secuenciar y guiar), ponerlo al lado de alumnos tranquilos y pacientes que le ayuden, permitirle cierta actividad motora razonable, mantener ciertas rutinas en el aula, emplear recursos visuales, motivadores. Aplicar a discreción y con toda la intensidad el refuerzo positivo, ya que estos niños son muy sensibles a ello a corto plazo: el elogio en público, cuadrantes en la agenda en función de las conductas-objetivo, economía de fichas...En suma emplear más premios que castigos y actuar de forma consistente, más que hablar o sermonear.

Hemos de priorizar y distinguir si la situación es peligrosa y grave, media (en la que se puede negociar, son muy útiles los contratos de conducta) o bien si son bajas (como ignorar, tiempo fuera).

3)Evaluación: una medida interesante a la hora de los exámenes, suele ayudarles mucho en su rendimiento la secuenciación de los exámenes en una o dos preguntas por folio. Le ayuda a centrar la atención y distribuir el tiempo. También se han de contemplar otros recursos como examen en aula aparte sin distracción, darles más tiempo, poder preguntar al profesor y asegurarse que entienden la pregunta, el examen oral, la evaluación continua, etc.

5. CONCLUSION. VALORACIONES FINALES

Por todo lo expuesto es necesario seguir un protocolo de detección precoz desde infantil así como de intervención hasta la universidad. Esta iniciativa ha sido promovida por el movimiento asociativo y está en vías de legislarse. Recientemente se ha aprobado un protocolo de actuación y coordinación para la detección e intervención educativa para alumnado de TDAH (20 Abril de 2012) por la Conserjería de Educación de la Junta de Andalucía. Parece que queda un camino por andar en algunas UCMIS con respecto a este trastorno.

Además de que exista un reconocimiento legal a estas necesidades no sirve de nada si las personas responsables de llevarlo a cabo o no están formadas o implicadas. Por ello, es necesario informarnos, formarnos y concienciarnos de la enorme trascendencia de este trastorno, ya que el orientador es una pieza vital y clave en todo este engranaje necesario para aunar y facilitar la intervención multimodal: en el centro escolar, la familia y los profesionales externos. La falta de tiempo y recursos que actualmente se acusan pueden ser compensados fácilmente por la FORMACIÓN E IMPLICACIÓN en el tema por parte del profesorado, con estrategias sencillas en el aula así como con la comprensión y la comunicación constante con la familia.

Hay también muchas experiencias de buenas prácticas que suponen un gran reto pero una enorme satisfacción como educadores ver cómo cambian y mejoran estos niños cuando se les trata como requieren. Si hay un lema en el que se dice “que no hay aprendizaje sin afecto”, en el caso del TDAH es rotundo.

Elia Ruiz. Psicóloga. Orientadora centro escolar privado. Socia de la Asociación TDAH- Axarquía. (eliaruizpsicologa@gmail.com)

BIBLIOGRAFÍA PRÁCTICA RECOMENDADA

- Guía práctica para educadores “El alumno con TDAH”. Adana (descargable).
- Guía de actuación en la escuela ante el alumno con TDAH. FEAA-MAPS (descargable)
- Niños distraídos, inquietos e impulsivos. Estrategias para E.Primaria. CEPE
- Déficit de atención con hiperactividad. (para padres y educadores).Orjales. Cepe
- Dificultades de aprendizaje III. Criterios de Intervención Pedagógica.Cap.5. Romero y Lavigne. Conserjería de Educación Junta de Andalucía.
- Guía práctica para trastornos del TDAH. Alberto Espina y A. Ortego.

Webs: <http://trastornohiperactividad.com/>

<http://www.fadana.org/> <http://www.feadah.org/>