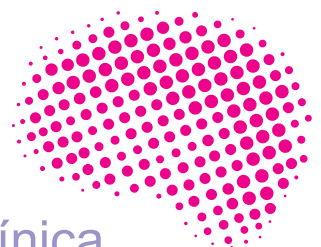


Manual para padres de niños con TDAH

Ruben O. Scandar



ÍNDICE

- 02. Introducción**
Licenciado Ruben O. Scandar
- 03. Escala ETDAH**
- 04. Escala de Auto-reporte en adultos**
- 05. Capítulo 1 - "Conceptos Básicos" - Lic. Rubén O. Scandar**
1. ¿Qué es el TDAH? Introducción
2. Desatención
3. Hiperactividad
4. Impulsividad
5. Criterios Adicionales
6. Características Adicionales
7. Historia del TDAH
8. Etiología
9. Comorbilidades y diagnóstico diferenciales
10. Evolución del TDAH
11. El TDAH como factor de riesgo
- 31. Capítulo 2 - "Diagnóstico y Programación del Tratamiento"**
Lic. Rubén O. Scandar
12. Introducción
13. Tratamiento Multimodal
- 41. Capítulo 3 - "Tratamientos Psicosociales" - Lic. Rubén O. Scandar**
14. Psicoeducación
15. Entrenamiento de Habilidades
16. Autoestima: su rol
17. Comunicación efectiva
18. Nociones de Terapia Cognitivo Conductual para padres
19. Resolución de Problemas, control de la ira y desarrollo de la reflexividad
20. Entrenamiento de funciones ejecutivas
21. Entrenamientos Atencionales
22. Neurofeedback
23. Terapias alternativas
- 69. Capítulo 4 - "Introducción General al Problema de los medicamentos"**
Lic. Rubén O. Scandar - Dr. Claudio Jehín
24. Tratamientos Farmacológicos del TDAH
25. Tratamientos basados en Metilfenidato
26. Estimulantes de efecto prolongado
- Metilfenidato con tecnología SODAS™
- Metilfenidato con tecnología OroS®
27. Tratamientos No basados en Psicoestimulantes
- Atomoxetina
- 83. Capítulo 5 - "Guía de Padres" - Lic. Rubén O. Scandar**
28. ¿Cómo hablar con mi hijo acerca de "su" TDAH ?
29. Consejos Breves para Padres
30. Consejos breves para afrontar situaciones escolares en el hogar
31. Adolescentes y Tareas
32. Consejos breves para docentes de EGB 1
- 95. Apéndice**
Programa de Intervenciones Áulicas
Planilla de Seguimiento Efectos Secundarios para niños que toman medicamentos
- 100. Bibliografías**





Introducción

por Lic. Ruben O. Scandar



Rosa es inteligente pero tiene dificultades para seguir las explicaciones de la maestra durante los mismos periodos de tiempo que sus compañeras. Impresiona como “en las nubes” pero a la vez sorprende por respuestas que la muestran como estando en todas partes y en ninguna a la vez. La madre la describe como distraída, cometiendo errores por descuido en sus tareas, olvidos inexplicables y dejando gran parte de las actividades incompletas. Todos los días es una proeza realizar la tarea en el hogar y alejarla de sus muñecas.

Pedro es realmente un niño encantador. Vivaz, simpático y juguetón. Lamentablemente, no logra detener sus movimientos ni en las situaciones en que es más perentorio: en el aula, en los medios de transporte, en los servicios religiosos y para colmo de males, es un imprudente que habla todo el tiempo y no tiene demasiadas contemplaciones de qué y con quien.

Si fuera apropiado diagnosticarle a Rosa y Pedro el Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad, estaríamos frente al hecho de que el TDAH es un trastorno heterogéneo.

Si usted está leyendo este texto con toda probabilidad sea un padre de un niño o niña con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, por tanto no sólo es un padre preocupado, sino interesado en tratar de dar a su hijo hija una mejor calidad de vida.

Toda mi vida como psicólogo he estado en asistiendo con distintos problemas neuropsicológicos, emocionales y del comportamiento. Un número significativo de los presentaban problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Al enfocar este Manual me fijado los siguientes objetivos:

- Dar a conocer desde una óptica científica las características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, su origen, diagnóstico y tratamiento en el nivel que es necesario para todos los padres.
- Enseñar técnicas simples y efectivas que capaciten a los padres y cuidadores en la solución de problemas cotidianos, logrando una mayor eficacia en el trato con el niño y por lo tanto, reduciendo el estrés de todos los involucrados.
- Favorecer la comprensión del rol que cumplen los distintos profesionales en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.
- Combatir los falsos mitos en torno a los tratamientos farmacológicos.
- Desarrollar las habilidades de dialogo que les permitan explicar a su hijo el trastorno y las partes centrales del tratamiento.

Este manual es la 2da Edición, cuidadosamente corregido, de una versión que publicáramos como número especial de TDAH Journal.

Licenciado Ruben O. Scandar

Licenciado en Psicología egresado de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Presidente de la Fundación de Neuropsicología Clínica, ex-Director de Docencia e Investigación de la Fundación TDAH. Autor de “El niño que no podía dejar de portarse mal”; “Inquietos, Distraídos ¿Diferentes?” y co-autor de “Los Niños Hiperactivos” y “Dificultad de Aprender”.

E-mail: scandar@fnc.org.ar - scandar@fibertel.com.ar

ETDAH



Nombre y Apellido _____

Edad _____ Sexo (M) (F) Grado _____ Fecha __/__/__

Completado por: Madre () Padre () Abuela/o () Otro parentesco _____

Instrucciones : Por favor, circule el número al lado de cada ítem que mejor describa el comportamiento de este niño durante los pasados seis (6) meses.

Nunca o casi nunca 0 Algunas veces 1 Frecuentemente 2 Muy frecuentemente 3

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | I | H |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Al hacer su trabajo no logra fijar su atención en los detalles o comete errores por no tener cuidado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es inquieto con las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas o en las actividades de diversión. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Se levanta del asiento en el aula o en cualquier otra situación en dónde se espera que permanezca sentado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. No presta atención cuando se le habla directamente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Parece inquieto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tiene dificultad para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada o para hacer cosas divertidas tranquilamente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Parece estar "en continuo movimiento" o "como si estuviera impulsado por un motor". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Habla en exceso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Contesta abruptamente antes de que otros terminen de hacerle preguntas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Responde impulsivamente antes de que se le termine de preguntar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Se distrae fácilmente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Tiene dificultad para esperar su turno. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Es olvidadizo en las actividades diarias. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Interrumpe a los demás o es entrometido. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Los elementos han sido adaptados del DSM-IV. Copyright 1994 (American Psychiatric Association) y extraídos de la escala EVCP. Copyright J.J. Baurmeister y Lic. R.O. Scandar.

I H I H

Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
<p>Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.</p>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. Con cuanta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?					
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. Con cuanta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. Con cuanta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					

Conceptos Básicos

por Lic. Ruben O. Scandar

I | ¿Qué es el TDAH? Introducción

TDAH es la sigla de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, muchos profesionales acostumbran a utilizar la versión inglesa más reciente AD/HD, o la más antigua, ADD como sinónimos. Este trastorno se caracteriza por una pauta persistente de problemas vinculados con la desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

■ SIGLAS

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

AD/HD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. (Sigla en inglés de TDAH desde 1987 a la fecha).

ADD: Attention Deficit Disorder. (Sigla en inglés vigente desde 1980 a 1987).

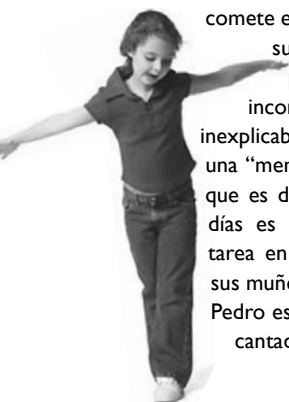
• Dos viñetas

“Rosa y Pedro”

Rosa es una niña inteligente y simpática de 9 años. Tiene dificultades para seguir las explicaciones de su maestra durante los mismos periodos de tiempo que sus compañeras. Parece estar “en las nubes”, con frecuencia no responde a los llamados que se le hacen, pero a la vez sorprende por respuestas que la muestran como si tuviera las “antenas paradas”. Al fin de cuentas, parece estar en todo y en nada a la vez.

La madre de Rosa dice que es distraída, que comete errores por descuido en sus tareas, que deja gran parte de sus actividades incompletas y esto le parece inexplicable porque a la vez tiene una “memoria bárbara” para lo que es de su interés. Todos los días es una proeza realizar la tarea en el hogar y alejarla de sus muñecas y juegos.

Pedro es realmente un niño encantador. Es vivaz, agradable



y siempre esta dispuesto a jugar. Lamentablemente no logra detener sus movimientos en las situaciones en que es más necesario que lo haga: en el aula, en los medios de transporte, en los servicios religiosos y para colmo de males, es un imprudente que habla todo el tiempo y no tiene demasiadas contemplaciones de qué y con quien. La madre de Pedro dice que en muchos sentidos es un niño maravilloso, pero que por momentos le exige mucha más atención de la que ella se siente en condiciones de darle; le cuesta entretenerse solo si no es por medio de video games o juegos en la computadora.

TDAH: un mosaico complejo y heterogéneo

Las muy breves descripciones sobre Pedro y Rosa nos enseñan que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) puede ser un trastorno heterogéneo. Es decir, que se puede presentar mediante diferentes combinaciones de síntomas. Este es uno de los principales motivos por los cuales el TDAH puede rodearse de confusiones y malos entendidos.

El TDAH es un trastorno de iniciación en la infancia muy común y está reconocido por la Organización Mundial de la Salud, organismo dependiente de las Naciones Unidas. Por tanto es un diagnóstico válido y reconocido científicamente.

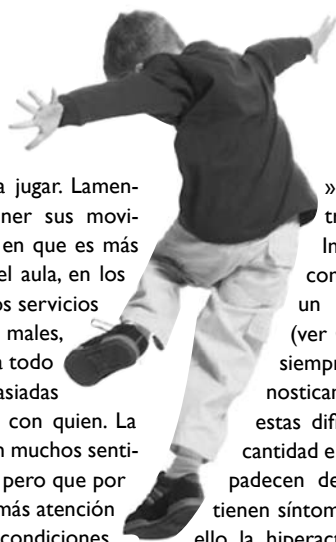
El TDAH se caracteriza por:

- » Dificultades en el campo de la atención → Desatención
- » Dificultades en la regulación del nivel de actividad → Hiperactividad.

Tríada Diagnóstica

(síntomas que se deben escrutar sí o sí para realizar el diagnóstico)

- Desatención
- Hiperactividad
- Impulsividad



» Dificultades en el control de los impulsos → Impulsividad. Sin embargo, como dijimos, el TDAH es un mosaico heterogéneo (ver Gráfico 2), así es que no siempre un niño al que le diagnosticamos TDAH tiene todas estas dificultades ni en la misma cantidad e intensidad. Los niños que padecen de hiperactividad siempre tienen síntomas de impulsividad y por ello la hiperactividad y la impulsividad comparten la misma parte en el Gráfico 1 y se los ha representado por diferentes tonalidades de de gris en el Gráfico 2.

Lo primero que podemos reflexionar sobre el Gráfico 1 es que bajo un mismo nombre, el de TDAH, estudiamos niños que necesariamente no pueden ser iguales. Por ejemplo, encontraremos niños desatentos e hiperactivos pero también hemos de encontrar niños que solamente son desatentos o hiperactivos.

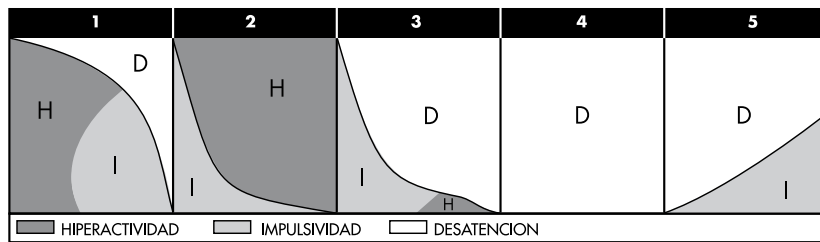
Así es que de una manera simple quedan expuestos los tres principales tipos de TDAH (en los puntos 2, 3 y 4 de este capítulo se estudian cada uno de los síntomas y la manera de observarlos y contarlos:

- **Tipología Combinada** (Hiperactividad - Impulsividad + Desatención) Gráfico 2, Dibujo 1.
- **Tipología Predominantemente Hiperactiva** (Hiperactividad - Impulsividad + pocos o ningún síntoma de desatención) Gráfico 2, Dibujo 2.
- **Tipología Predominantemente Desatenta** (Desatención + pocos o ningún síntoma de hiperactividad - impulsividad) Gráfico 2, Dibujo 3, 4 y 5.

« Gráfico 1 »



« Gráfico 2 »



El *Dibujo 1* nos muestra la tipología de TDAH más común: la de niños que son hiperactivos, impulsivos y desatentos.

El *Dibujo 2* nos muestra la tipología en que los síntomas de hiperactividad e impulsividad ocupan el centro de la escena y no hay problemas de desatención de significación. Los *Dibujos 3, 4 y 5* nos muestran distintas variedades de la tipología predominantemente desatenta: según haya muchos síntomas de desatención y pocos de hiperactividad impulsividad (3), ningún síntoma de hiperactividad e impulsividad y muchos de desatención (4) y finalmente, abundantes síntomas de desatención con impulsividad, pero sin síntomas de hiperactividad relevante (5).

Siempre ha de prestarse a un poco de confusión en el público en general, que bajo un mismo título, el de TDAH, se agrupan niños que claramente tienen diferencias tan manifiestas. Esto no confunde al profesional, que estudia las proporciones en que se presentan los síntomas de manera única, sabiendo que no hay dos niños iguales.

El estudio del Gráfico 1 también nos aporta dos informaciones valiosas:

Lo padecen del tres al siete por ciento de los niños en edad escolar.

La proporción entre varones y niñas es de 3 a 1. Por lo tanto el TDAH no es un trastorno raro, sino bastante común y afecta tanto a niñas como a varones, aunque a estos últimos lo haga en mayor medida.

Definición

La siguiente definición ha sido expuesta tal y como aparecería en un libro de texto para profesionales, por ende, una primera lectura puede resultar algo intimidante. Quizás ahora se sienta más confundido.

Esto ocurre un poco con las definiciones escuetas y en tono científico, es decir, que parecen que al principio en vez de esclarecer enturbian la comprensión, aunque incluyan todos los elementos para un verdadero entendimiento.

Tengo la esperanza que poco a poco, esta definición, sirva para abrir el camino a una visión más profunda del TDAH.

El TDAH es un trastorno neurobiológico de base mayoritariamente genética que se caracteriza dificultades en la regulación del nivel de actividad, en el control de los impulsos y en logro de un adecuado perfil atencional, sin que existan conexiones significativas con ninguna alteración grosera del Sistema Nervioso Central.

Puede ser considerado un trastorno del desarrollo.

En las próximas páginas explicaremos los conceptos de **desatención, hiperactividad e impulsividad** detallada. Pero ahora hemos de aclarar las siguientes partes de la definición.

“Trastorno Neurobiológico” → Hasta donde sabemos científicamente, se debe a alteraciones sutiles¹ en el Sistema Nervioso Central (SNC), lo que comúnmente llamamos cerebro. Al estudiar la etiología del TDAH nos extenderemos.

“trastorno del desarrollo” → Un trastorno es considerado del desarrollo, cuando sus síntomas se despliegan a medida que el niño crece y no han sido adquiridas después del nacimiento. Podríamos decir que la semilla de la planta “problema” o del “trastorno” ha sido sembrada antes de que el niño nazca y luego, simplemente vemos su pro-

ceso normal de crecimiento: “desarrollo”. Pero también en el sentido, de que esas habilidades nunca fueron adquiridas de la manera esperada. En los trastornos del desarrollo es común que no tengamos certeza absoluta sobre el origen de los mismos.

“Trastorno de Base Genética” → En el 95% de los casos tenemos motivos para creer que el niño adquirió la condición (TDAH) por medios genéticos, aunque hay otras causas menores que podrían darse que explican el otro 5%. Como veremos al estudiar la etiología, hay otras causas conocidas. Esta es la posición científica más seria, sin embargo, los mecanismos de esa transmisión genética aún no están 100% aclarados.

“trastorno neurobiológico sin que existan conexiones significativas con ninguna alteración grosera del Sistema Nervioso Central” → Es decir, que los niños con TDAH no presentan retardo mental, lesiones o atrofas importantes en el cerebro, aunque en el cerebro mismo están las diferencias, pero estas son de naturaleza sutil¹.

En conclusión, y de manera provisoria, toda la evidencia científica apunta en la dirección de que en la mayoría de los casos, por distintos medios ligados a la herencia, las personas con TDAH desarrollan un cerebro con sutiles diferencias que harán que tengan pautas de desarrollo diferentes, y que tales pautas se expresarán en síntomas tales como la desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

¿Qué no es el TDAH?

Es importante que los padres sepan que en contra de la opinión de muchos profesionales, científicamente poco actualizados, existen los siguientes NO que están respaldados por el conocimiento científico actual:

- El TDAH normalmente no se debe a una disfunción cerebral o daño cerebral.
- El TDAH y disfunción cerebral mínima no son sinónimos.
- El TDAH y autismo no tienen una vinculación directa.
- El TDAH y el retraso mental no tienen una vinculación directa.
- El TDAH no se debe a problemas comúnmente llamados “neuróticos” o emocionales.
- El TDAH no se debe a una alimentación inadecuada o rica en azúcares, etc.
- El TDAH no se debe a una educación inadecuada, traumas y/o malos tratos pero al igual que cualquier niño puede haber sufrido esos problemas.

¹ Sutil según el Diccionario de la Real Academia Española es un adjetivo que denota: delgado, delicado y/o tenue.

• El TDAH no es un “enfermedad nueva”, lo novedoso es la comprensión de la misma basada en una constitución biológica diferente.

El TDAH es una construcción teórica de gran valor científico, pero “no hay niños TDAH”; “los TDAH no existen”. Pero sí hay niños y niñas que creemos conveniente describir bajo este rótulo científico: de esa manera, se los comprende y asiste mejor; pero nunca confundamos a las personas con las construcciones teóricas que utiliza la ciencia.

o Preguntas y Respuestas

¿Es posible que un niño sea desatento o no tenga síntomas de hiperactividad?

Sí. En ese caso haríamos el diagnóstico de TDAH con predominio de síntomas de desatención. Luego veremos los distintos tipos o subtipos de TDAH.

¿Los niños desatentos que no tienen hiperactividad tampoco tienen impulsividad?

Hay niños desatentos sin hiperactividad que son impulsivos y otros no. Los niños desatentos pueden tener impulsividad o no. Ese es un aspecto a estudiar durante el diagnóstico ya que puede dar a diferencias durante el tratamiento.

¿Los niños nacen con el trastorno?

Sí, pero las características del mismo se van presentando a lo largo de la vida, antes de los 7 años, en la medida en que debe afrontar demandas ambientales.

El inicio de la vida escolar es un momento clave, porque exige al niño mayor inmovilización temporal, seguir reglas y prestar atención según demandas externas.

¿Qué síntomas se observan más rápidamente?

La hiperactividad y la impulsividad son claramente visibles en los niños de edad preescolar. Luego veremos como no confundir la hiperactividad con la natural vivacidad y sana inquietud de muchos niños.

¿Si es genético puede ser como una sentencia de por vida?

No es una sentencia de por vida. Un por-

centaje difícil de estimar (entre el 25% y el 50%) se “normalizan” antes de llegar a la vida adulta, pero el importante número restante tiene posibilidades de una vida provechosa si recibe un tratamiento apropiado. Por otra parte, aún aquellos que se han de “normalizar”, tendrán mejor pronóstico si reciben el tratamiento adecuado durante la infancia y la adolescencia.

2 | Desatención

- Alicia y Rosa -

Alicia y Rosa son amigas y tienen 9 años. Hoy la tarea no les gusta, de hecho, la “odian”: es un trabajo largo y aburrido.

Alicia, a pesar del desganado avanza siguiendo las instrucciones de la docente.

Rosa pronto se queja diciendo “esto no me gusta” y que “no sirve para nada”; realiza parte de la actividad, pero ante una dificultad menor se dispersa, mira el cuaderno de Alicia y lanza un bufido; luego, observa el pizarrón y antes de volver al cuaderno se queda demorada entre sus pensamientos y los restos de palabras incompletamente borrados.

¿Ha pasado mucho o poco tiempo? Rosa lo ignora, y sin vacilar, interrumpe el trabajo de su compañera preguntando en voz alta: ¿Dónde estábamos? Silencio mediado por una mirada de fastidio de su amiga. Vacila y pregunta: ¿Cómo se hace? Al final de la hora Rosa tiene la tarea incompleta y ha recibido un apercibimiento de la maestra por “molestar en clase”.

Alicia y Rosa son fantasiosas y juguetonas, pero sólo Rosa podría padecer de desatención en el sentido del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Por favor, tomen nota que se ha utilizado la frase “podría padecer de...”.

La presencia de unos síntomas aislados no permite hacer diagnóstico, sino que nos ayudan a identificar problemas y a establecer áreas para futuras indagaciones.

Definición

Las madres y padres de estos niños y niñas con problemas de atención los describen con frases como las siguientes:

- “Se distrae con facilidad cuando debemos hacer la tarea, pero puede estar horas jugando con la computadora”.
- “Se saltea los ejercicios en las evaluaciones”

Una persona tiene problemas atencionales o déficit atencional si tiene dificultades en seleccionar un foco de atención, mantenerlo el tiempo suficiente o modificarlo de manera apropiada de acuerdo a las demandas de las circunstancias.

- “Aunque sabe hacer las cuentas, a veces confunde los signos”.

- “Siempre deja todo incompleto”.

- “Si algo le gusta lo emprende con entusiasmo, pero a la menor dificultad lo deja ...”

- “Es desordenado y desorganizado”.

- “Hacer la tarea es una lucha, siempre dice que no tiene nada que hacer o que pide permiso para hacerlo después.”

- “Hay días que no hace nada en la escuela, o copia un poco y deja todo sin terminar.”

- “Parece vivir en la luna”

- “A veces parece sordo y a veces escucha el menor ruido.”

- “Un día parece que aprendió algo y al día siguiente ni se acuerda...”

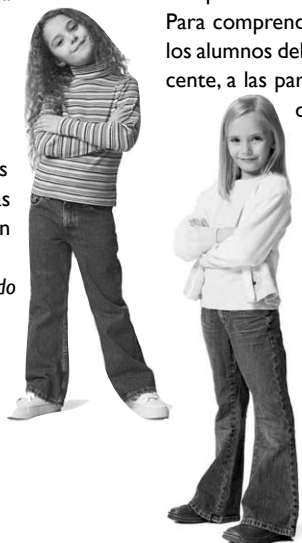
- “Las tareas no le gustan, las rechaza y dice que se aburre”.

Un ejemplo explicado

Un niño está sentado en su pupitre rodeado de compañeros. La maestra se mueve delante del pizarrón mientras explica, además de un delantal blanco lleva una blusa floreada. El niño debe seleccionar a la maestra como la persona a observar y a la vez atender a sus explicaciones: ignorando el resto. El pizarrón es verde y tiene un gráfico hecho con tiza roja que los alumnos, siguiendo un sistema azaroso de turnos, completan con tiza de diferentes colores. Para comprender la explicación y no fallar los alumnos deben prestar atención a la docente, a las partes del dibujo ya completa-

das, relacionar lo que dice la docente con los conceptos recién aprendidos, mientras esperan el momento de intervenir e ignorar casi todo lo demás que hemos descrito previamente.

Durante todo ese lapso de tiempo, deben tener un grado de alerta y preparación para la acción apropiado y relativamente constante,



En una situación como esta no se puede “participar” espontáneamente, sino que se debe seguir un plan, respetar cierta secuencia y oportunamente, decidir a qué sí y a qué no atender basándose en la información pasada y presente, siempre en función de ese plan y del resultado que se busca. Obviamente, tampoco tenemos una respuesta automática disponible para la tarea en sí, aunque el alumno pueda escribir o enmendar un error de escritura de forma casi automática.

Los niños que presentan problemas atencionales pueden presentar problemas en alguno de los procesos que están involucrados en realizar las tareas mencionadas si éstas no están estructuradas como hábitos: seleccionar apropiadamente el foco atencional, tener un determinado nivel de alerta, organizarse en función de la situación, bloquear interferencias, tener “en mente” (memoria de trabajo) toda una serie de elementos y regular los estados emocionales de forma apropiada.

El lector advertirá que de manera redundante se señalan procesos que implican poco o ningún control atencional: escribir cuando esa destreza ya está incorporada o mucho control atencional: como cuando debemos resolver un problema novedoso, responder preguntas o elaborar argumentos en el contexto de una discusión. La insistencia se basa en que la evaluación del TDAH es importante evaluar la performance atencional en las situaciones en las que se requiere algún grado de control atencional y esfuerzo cognitivo.

Contrariamente a lo que se piensa, la atención es un fenómeno complejo y ese es uno de los motivos por los cuales su estudio en la psicología académica ha sido siempre tan profundo como esquivo.

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

La atención es la manera en que una persona organiza el procesamiento de la información.

¿Qué tiene de especial o característico la inatención en los casos de TDAH?

Los niños con TDAH pueden prestar atención. La cuestión no es si pueden o no pueden prestar atención. La cuestión es: ¿Cómo? ¿Por qué períodos? y en ¿Qué circunstancias?.

Por ejemplo, estos niños prestan atención bastante bien cuando algo les interesa mu-

cho, cuando tienen que hacerlo por corto tiempo y evitar con ello un castigo, o bien, conseguir un premio. Así es que normalmente se desempeñan adecuadamente en la computadora, en los programas de televisión que eligen, cuando están muy motivados (la certeza del éxito, disponibilidad de premios de cualquier índole, de un maestro estimulante, etc.).

No obstante, tienen deficiencias atencionales cuando deben: hacer un esfuerzo, cuando la tarea es prolongada (aunque lógica para su edad y capacidad), cuando no están disponibles los “refuerzos” mencionados, cuando no hay una supervisión directa, cuando se encuentran mal motivados. Las deficiencias atencionales que surgen son variadas:

- No logran seleccionar bien el foco atencional (piense que conduce un auto buscando dónde comprar una bebida, en vez de atender el tránsito o que mientras realiza esta búsqueda se deja confundir por estímulos que no señalan comercios que venden bebidas).

- Si seleccionan bien el foco atencional (por ejemplo, usted presta atención al tránsito) pero pierden el control sobre el foco: se distraen (ahora piense que usted trata de mirar el tránsito pero los avisos de publicidad “lo atrapan” y lo ponen al borde de un accidente).

- No pueden mantener la atención con grado de alerta razonable (piense como si usted condujera un auto por momentos despierto y por momentos somnoliento), estos niños, se sienten con facilidad aburridos y deseados de buscar algo novedoso, tratando de quitarse de encima lo antes posible todo este aburrimiento para pasar a algo “realmente divertido”, etc.

Criterios de diagnóstico de la desatención (DSM-IV)

Los criterios que siguen, son aquellos que el profesional indaga, siguiendo los lineamientos de la Asociación Americana de Psiquiatría, para saber si el niño tiene o no problemas de atención compatibles con el TDAH. Compatibles, quiere decir, que aunque tuviese 9 de los 9 síntomas que se listan, el profesional aún debe averiguar sobre la duración, estabilidad de los síntomas y si el niño o niña no padece de otras enfermedades que puedan explicarlos mejor.

- *No puede mantener la atención focalizada en los detalles o comete errores por falta de cuidado en las tareas escolares, laborales y/o en otras actividades.* No leen todo el enunciado de un problema o se les escapa un dato del mismo; olvidan sumar un número

o copian mal un resultado; si estaban sumando no advierten que la cuenta siguiente tiene otro signo; no se percatan de que dejan sin hacer una parte de la actividad o evaluación, u omiten poner el cuaderno de clase en la mochila.

- *Tiene dificultad en mantener la atención en tareas o en el desarrollo de actividades lúdicas.* Los niños con problemas atencionales mejoran su desempeño en el curso de tareas que les resultan agradables y divertidas, aún en éstas pueden tener problemas si se extienden o su participación en la misma es variable, como ocurre en los juegos por turnos. Cambien de un juego a otro ya que se aburren con facilidad.

- *No parece escuchar cuando se le dirige la palabra.* Sin tener problemas auditivos, atienden tan estrictamente a un foco atencional (sobre enfoque) que no responden adecuadamente a los requerimientos del ambiente. Parece en las nubes o perdidos en ensueños diurnos.

- *Falla en el intento de seguir instrucciones y/o fracasa en completar sus actividades escolares, tareas domésticas u obligaciones en su lugar de trabajo (no debido a conductas de oposición o dificultad para comprender las indicaciones).* Recibe la instrucción de hacer algo en varios pasos, comprende y comienza con entusiasmo, sin embargo, con frecuencia mezcla los pasos, los saltea u olvida alguno; por ende, nos porfia diciendo que todo está todo hecho. Si realizan una interrupción pueden proseguir desde un lugar inapropiado, salteándose una parte.

- *Tiene dificultades en organizar sus tareas y actividades.* Acometen las tareas sin haberse detenido a formular un plan y sin haber evaluado si tienen todos los elementos necesarios, así es que con frecuencia deben levantarse a buscar útiles o a pedir ayuda, les cuesta organizarse si deben hacer más de una actividad. Sus habitaciones y superficies de trabajo suelen reflejar desorden y falta de prolijidad.

- *Evita, manifiesta desagrado y/o rechaza comprometerse en la realización de tareas escolares o caseras que requieren un esfuerzo mental sostenido.* Especialmente si la tarea es vivida como prolongada, difícil, aburrida o repetitiva. De hecho, suele ser un punto de conflicto con los padres el momento en que deben hacer las tareas incompletas o la tarea en el hogar. Esto puede trasladarse incluso a los juegos que inicialmente les gustaron. Así es que todo lo que sea trabajo u obligación siempre se “deja para después”. Estoy “aburrido” y “después lo hago” se cuentan entre las frases preferidas de los niños con estos problemas de atención.

- *Pierde los elementos necesarios para sus tareas o actividades, ya sea que se trate de*

hojas, encargos escolares, cuadernos, útiles, herramientas, etc. Es común escuchar a sus padres afirmar que sus hijos no pierden la cabeza por que la llevan puesta. Pero no se trata de que sean olvidadizos, sino más bien de que nunca saben dónde han dejado sus cosas o que se interesan fuertemente en algo que les resulta interesante y pasan a un segundo lugar otras obligaciones y actividades.

¡ IMPORTANTE !
No olvide que:



El profesional sospechará que el niño o niña presenta problemas atencionales si puede verificar que frecuente-mente o muy frecuente-mente, el niño o niña cumple con 6 de estos 9 criterios.

o Preguntas y Respuestas

¿Podría ampliar el tema de la desorganización?

Por ejemplo, no utiliza ningún método sistemático para tomar notas o recordar sus tareas escolares u otras actividades, cuando debe preparar tareas que se despliegan a lo largo del tiempo falla en distribuir las apropiadamente, no organiza las superficies de trabajo de manera que se le facilite el estudio, el no manchar las hojas o perder de vista elementos que necesita. Todo esto hace que el niño tenga dificultades en completar sus actividades. Muchos padres dicen que su cuarto siempre está desordenado y los maestros nos brindan una idea similar?

¿Cuál es la relación entre atención y organización?

Recuerden que la atención es la forma en que una persona se organiza para procesar información. Así es que es común que los niños con TDAH no planifiquen adecuadamente sus actividades ni se organicen. De hecho, cuando deciden hacer algo, lo acometen sin mayores planes: se sientan a hacer la tarea pero no han pensado en recoger todos los útiles necesarios para hacerlo, por ello, entre las cosas que hay que enseñarles es a hacer listas de útiles.

Una forma de observar la desatención

En el siguiente listado, basado en la Escala SWAN, Rosa ha sido comparada con niñas de la misma edad, por su maestra y en base a su rendimiento en el último mes. El formulario se adjuntó con una nota que

explicaba que los niños pueden variar en la manera en que prestan atención y se le pedía que complete el mismo de acuerdo a los criterios que se indican a continuación: -3 = Lejos por debajo del promedio; -2 = Debajo del promedio; -1 = Ligeramente debajo del promedio 0; = Promedio; +1 = Ligeramente por encima del promedio; +2 = Por encima del promedio; +3 = Muy por encima del promedio.

En primer lugar podrán observar que los 9 primeros elementos de esta escala son versiones afirmativas de los puntos antes vistos. Se dice aquí "Cuida y sabe dónde están los útiles necesarios para sus actividades" en vez de preguntar si "pierde los elementos necesarios...". Los elementos 10, 11 y 12 buscan evaluar formas de desatención que son más propias de los niños que aún



Elementos de la Escala SWAN de Rosa	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
1. Presta atención a los detalles evitando cometer errores por falta de cuidado.		X					
2. Mantiene la atención durante el curso de sus trabajos o juegos.		X					
3. Presta atención cuando se le habla de manera directa.				X			
4. Sigue instrucciones y completa las tareas escolares.		X					
5. Organiza sus tareas y actividades.	X						
6. Se involucra en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	X						
7. Cuida y sabe donde están los útiles necesarios para sus actividades.		X					
8. Ignora los estímulos extraños o novedosos ajenos a la tarea en curso.		X					
9. Recuerda las actividades cotidianas.			X				
10. Permanece atento a sus tarea (no está en las nubes o absorto en sueños diurnos)	X						
11. Mantiene un nivel apropiado de energía (no es perezoso ni somnoliento)					X		
12. Se involucra en actividades orientadas a un fin determinado (no es apático ni falto de motivación)			X				

con grandes problemas de atención, puede ser que no tengan síntomas de hiperactividad o impulsividad y que no son tomados en cuenta por el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En segundo lugar, como se observará, de los 12 indicadores de esta escala, 10 han sido evaluados por debajo del promedio, pero lo que es más significativo, es que 8 han sido evaluados como "debajo del promedio" o "lejos del promedio": El puntaje obtenido es de -20 realizando una suma algebraica (es decir, sumando todos los puntajes nega-

tivos y restándoles los positivos). Las escalas no sirven para hacer diagnósticos, pero es claro que Rosa podría estar presentando problemas atencionales (al menos según la maestra y durante el último mes) y requeriría una evaluación más importante.

o Preguntas y Respuestas

¿Existen distintas formas de desatención?

Sí. Hay niños que tienen dificultades para seleccionar apropiadamente el foco de atención, otros para poder controlar las

interferencias y evitar distraerse y algunos, pueden hacer esto por un tiempo en la medida en que se encuentren bien motivados o que la tarea sea en sí muy atractiva. Claro está que encontramos niños que tienen dificultades en todos esos aspectos de la atención.

¿Podría ampliar el concepto de bloquear interferencias?

Sí. Usted en este momento está leyendo estas páginas, haga un alto y perciba: sonidos, olores, objetos, movimientos, pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones. Entonces, todos esos estímulos son los que usted estaba “bloqueando” para poder leer y comprender el texto.

¿Existen otras formas de evaluar la desatención?

Sí. Existen una serie de Tests que se le pueden administrar que evalúan su capacidad de prestar atención sostenida y la calidad de la misma, veremos esto al estudiar la Evaluación. No obstante, siempre se ha de privilegiar el criterio clínico. Este criterio se basa en la observación del niño, en la encuesta directa a padres, en la solicitud de informes a los docentes y en la búsqueda de estos indicadores. Así, el profesional podrá declarar que los problemas de atención de un niño tienen que ver con el TDAH si no ha encontrado otra causa médica o psicológica para los mismos.

3 | Hiperactividad

- Juan y Pedro -

Juan y Pedro tienen 9 años y juegan en el patio de la escuela. Uno es un “ladrón” que trata de escapar de la persecución a gran velocidad; el otro es un “policía” decidido que, a plena marcha, recién saltó sobre una niña. Termina el recreo y entran al salón de clase. Juan puede sincronizar su nivel de actividad con el requerido por la situación áulica. Pedro, sin embargo, demora en acomodarse, parece incómodo en el asiento y pasados unos minutos comienza a inquietarse aún más, mira en derredor, se levanta y deambula por el aula con alguna excusa inconsistente. Juan y Pedro son muy activos en el patio de juegos, pero sólo Pedro podría padecer de problemas que hacen pensar en la posibilidad de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.



Por favor, tomen nota que se ha utilizado la frase “podría padecer de...”. La presencia de unos síntomas aislados no permite hacer diagnóstico, sino que nos ayudan a identificar problemas y a establecer áreas para futuras indagaciones.

Definición

La hiperactividad favorece la aparición de conductas que perturban la relación del niño con el medio social y escolar.

La hiperactividad es una pauta motora incrementada y que se asocia con la producción de movimientos ociosos, es decir, movimientos que no están dirigidos a un fin, por ejemplo, retorcerse en el asiento continuamente. Por consiguiente, no es cuestión sólo de cuánto se mueve, sino también de lo apropiado y oportuno de estos movimientos, según la edad y el contexto.

Volamos a nuestro amigo Pedro. No es el nivel de actividad en el patio de juegos lo más importante, sino que no puede “inmovilizarse de manera temporal” como sí lo consiguen sus compañeros. No puede regular su nivel de actividad de acuerdo a las demandas de estructura del ambiente. Tampoco es cuestión de que él desconozca cómo debe comportarse en el aula, sino que no puede inhibir la tendencia a seguirse moviendo aunque eso luego le conlleve apercibimientos de la docente y dificulte la relación con sus pares.



¡ IMPORTANTE !
No olvide que:

No es más hiperactivo el que más se mueve sino aquel que lo hace de manera ociosa, inapropiada, en desacuerdo al contexto y a lo esperado para la edad.

Criterios de diagnóstico de la hiperactividad (DSM-IV)



- *Juega o mueve inquietamente dedos, manos, o pies y/o se retuerce en el asiento. Mover*

una parte del cuerpo mientras juega, trabaja

o atiende: tamborilear, tocarse la ropa o una parte del cuerpo, estar como si “tuviese hormigas en el traste”, mascar chicle o jugar con lápices y gomas, etc...

- *Deja su asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. Dejan inoportunamente el asiento en la escuela durante las clases y en la casa durante las comidas o mientras hacen la tarea. Se puede observar lo mismo durante los viajes en medios de transporte o en la asistencia a servicios religiosos.*

- *Corre y/o trepa en exceso en situaciones en las que es inapropiado (en adolescentes y adultos este criterio debe limitarse a los sentimientos subjetivos de desasosiego e impaciencia). La inquietud a menudo toma la forma de un nivel de actividad incrementado y llena de comportamientos exploratorios.*

El lugar “ideal” para ellos es el patio de juegos (sin ningún tipo de estructura normativa) o la “selva”. Obviamente, este tipo de actividades fácilmente los lleva a impresionar como temerarios y a sufrir más accidentes que otros niños: caídas o llevarse algo por delante.

- *Tiene dificultades para participar o disfrutar de actividades de descanso y ocio. Cantan, tararean, tamborilean, hacen onomatopeyas y silban: les cuesta permanecer en situaciones que exigen silencio. Eligen juegos de despliegue ya sea de grandes movimientos (fútbol) o de pequeños, incansables e interminables (matar a 350 marcianos en un video juego).*

De hecho, los juegos tranquilos o las actividades de lectura difícilmente sean sus preferidas.

- *Está como en funcionamiento permanente y/o a menudo está en acción como si estuviese impulsado por un motor. Parecen incansables y pueden “cansar” al observador con sólo tener que seguirlos con la mirada. Pueden cambiar o no de actividad, pero siempre están haciendo algo, tenga esto un propósito definido o no.*

- *Habla excesivamente. Pueden hablar sin parar, en ocasiones rápidamente o bien, actuar como relatores de sus propios comportamientos.*

A menudo impresionan como si lo importante fuera decir algo o hacer ruido sin importar demasiado “qué”.

Una forma de observar la hiperactividad y la impulsividad

En el siguiente listado, basado en la Escala SWAN, Pedro ha sido comparado con niños de la misma edad, por su maestra y en base a su rendimiento en el último mes. El formulario se adjuntó con una nota que explicaba que los niños pueden variar en la manera en que prestan atención y se le pedía que complete el mismo de acuerdo a los criterios que se indican a continuación.

- 3 = Lejos por debajo del promedio
- 2 = Debajo del promedio
- 1 = Ligeramente debajo del promedio
- 0 = Promedio
- +1 = Ligeramente por encima del promedio
- +2 = Por encima del promedio
- +3 = Muy por encima del promedio.

Elementos de la Escala SWAN de Pedro	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. Permanece quieto, controlando movimientos de manos, pies y del resto del cuerpo.		X					
14. Permanece sentado (conforme a las reglas sociales).		X					
15. Modula apropiadamente su nivel de actividad (inhibe trepar o correr de manera inapropiada).	X						
16. Juega tranquilo (mantiene un nivel de ruido apropiado a la situación)		X					
17. Permanece quieto y tranquilo (controla el estar continuamente en movimiento)	X						
18. Modula el nivel de sus verbalizaciones (controla hablar en exceso)	X						
19. Reflexiona ante las preguntas (se controla y evita responder antes de que haya concluido la formulación de la pregunta.		X					
20. Espera su turno (permanece parado en filas o su turno durante juegos).	X						
21. Se introduce a conversaciones y/o participa en juegos controlando no interrumpir, entrometarse o molestar.		X					

Como vemos los resultados de Pedro muestran que en las respuestas dadas por el maestro en los puntos 13 a 18 puede presentar problemas para regular el nivel de actividad de acuerdo a las exigencias cambiantes del medio y que puede tener dificultades para inmovilizarse de manera temporal cuando la tarea lo demanda.

Las Respuestas dadas por la maestra en los puntos 19 a 21 apuntan en la dirección de que Pedro tiene problemas de control de los impulsos, por lo cual no sería de extrañar que se lo describa como impulsivo

e impaciente. Dado que el factor hiperactividad e impulsividad es uno solo, aquí se computarán juntos todos los elementos y obtendrá una suma de menos 22 puntos (-22). Obviamente, no diremos que por los resultados de esta planilla Pedro es Hiperactivo, pero sería apropiado revisar con la observación del comportamiento de los padres y verificar si esta es una pauta que se mantiene a lo largo de períodos aún más prolongados en el tiempo.

o Preguntas y Respuestas

¿No es natural que los niños sean inquietos?

A cada edad le corresponde un nivel de actividad normal y de hecho, cuánto más pequeños son, más movedizos son. Los niños a quienes vamos a clasificar de hip-

eractivos no son simplemente inquietos, sino que no pueden lograr inmovilizarse de manera temporal cuando las situaciones lo requieren. No creemos que un niño que corre y trepa en un plaza o parque pueda ser catalogado de hiperactivo por ello, pero es necesario ver si puede detener ese movimiento cuando está en un medio de transporte, cuando debe estar sentado en la escuela, etc.

Siempre hay que observar el comportamiento del niño en situaciones que las que existen reglas de movimiento y él no puede hacer lo que quiera.

¿A qué edad se puede decir que un niño es hiperactivo?

Existe un criterio generalizado de no diagnosticar el trastorno a edades muy tempranas, es decir, en niños por debajo de los 3 o 4 años. No obstante, puede ser necesario, hacer un diagnóstico tentativo, cuando la hiperactividad del niño es excesiva y lo pone en riesgo por comportamiento temerario y/o predisposición a los accidentes. En esos casos se hace el diagnóstico, claro está con ciertas reservas.

¿La hiperactividad desaparece con el tiempo?

Si y No. Sí porque a medida que el niño crece cada vez el nivel de movimientos disminuye y al llegar a la adolescencia, los niveles de hiperactividad en muchos niños han llegado a disminuir sensiblemente. No porque a pesar de la disminución, en la mayoría de los casos, siguen siendo mas inquietos que los niños de su edad; no obstante, también la hiperactividad cambia sus formas: por ejemplo, un niño que estaba en continuo movimiento puede ser un adolescente que siente un desasosiego e impaciencia muy grande cuando un evento se prolonga y no puede desplegarse algo de actividad.

¿Debe preocuparnos la hiperactividad?

Si, la hiperactividad es un problema por sus consecuencias. Cuando el niño es muy pequeño (antes de los 6 años) porque lo pone en situaciones de riesgo y pone a los padres en una sobre exigencia de atención y cuidados para evitar que se lastime.

Después de los 6 años porque le impide acomodarse a las exigencias de la escuela (ya que se perturba a sí mismo y a los demás) y se le dificulta hacerse más responsable durante los juegos en el hogar o en el parque. También la hiperactividad es una fuente importante de conflicto con padres y maestros, ya que deben estar continuamente solicitándole al niño que deje de hacer esto o lo otro.

4 | Impulsividad

Pedro y Rosa, tienen 9 años y concurren al tercer año de la misma escuela. Ambos están siendo observados por su hiperactividad y desatención. No se trata de niños agresivos, pero suelen involucrarse en una larga serie de dificultades. Ambos tienden a hablar por encima de sus compañeros, no dejan que terminen de hablar y hablan encima de ellos, son muy impacientes en los juegos que deben respetar turnos y en especial, Pedro, es algo atolondrado. Rosa no es tan hiperactiva, pero comparte con Pedro dificultades de atención y de control de los impulsos.

La definición más clásica de impulsividad es la de actuar antes que pensar.

Las personas impulsivas reaccionan en las situaciones según patrones de comportamientos ya establecidos y sin considerar apropiadamente el medio y las consecuencias.

Definición

Por definición, la impulsividad se opone a la reflexividad y es una manera de proceder con fuertes miras en el presente o futuro inmediato, sin tomar en cuenta el futuro mediato. La impulsividad es parte del segundo factor del TDAH y se estudia a través de tres elementos, pero veremos algunos adicionales en la página siguiente. Nos gusta mucho proponer la metáfora de que los niños con TDAH no es que tengan necesariamente un motor que funciona demasiado acelerado, sino que tienen frenos inapropiados o bien, que no saben hacer los cambios en el nivel de marcha. Por ello, es que “chocan” más de la cuenta.

Criterios para observar la impulsividad

- **Frecuentemente comienza a contestar o hablar antes que la pregunta se haya completado.** Toman una parte de los que se les dice y adivinan el resto o no prestan la atención debida al resto de la instrucción. De una forma u otra, comienzan a realizar la actividad solicitada antes de tiempo y sin reflexionar sobre estrategias posibles u otras alternativas de procedimiento.

- **Frecuentemente tiene dificultades en esperar su turno en juegos o conversaciones.** Desde esperar el turno en juegos como las damas hasta hacer la “cola”, pasando por esperar el momento apropiado para hablar o participar en una situación grupal. Muestran su velocidad de respuesta sin freno y su impaciencia.

- **Frecuentemente interrumpe o se entromete en las actividades de otros (ej. Interfiere en conversaciones o juegos o tiene intervenciones “descolgadas”).** Se lanza a las situaciones sin reflexión o exploración de la situación en curso. Por ejemplo, contesta en un juego de damas,

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

La agresividad y la impulsividad no son sinónimas.

La mayoría de los niños con TDAH que tienen impulsividad no son agresivos.

Gran parte de los niños agresivos no tienen TDAH.



sin haberse detenido en la jugada del otro. Esta falta de examen de las situaciones lo lleva a cometer errores groseros. También se debe observar que actúan arrebatadamente, olvidan pedir permisos para levantarse, para dejar una fila, etcétera.

Los siguientes también son comportamientos que habitualmente encontramos en las personas impulsivas:

- No piensa en las consecuencias antes de actuar. Valoración del futuro probable
- No detiene impulsos y/o deseos inapropiados antes que emerjan de manera que otros se molesten u ofendan
- Cuando quiere hacer algo le cuesta mucho esperar,
- Le cuesta realizar tareas que requieren que se detenga a reflexionar: parar y pensar. Es de alguna manera inevitable que los niños que tienen estas características de impulsividad, aún sin quererlo se involucren en una serie de problemas con sus padres, hermanos, docentes y compañeros. También es cierto, que dependerá del grado de propiedad en que los adultos afronten estos problemas que provocará el comportamiento hiperactivo/impulsivo, que el niño “aprenda a contar hasta diez” o desarrolle más serias dificultades.

Las ideas que más fácilmente nos acercan al concepto de impulsividad son las de tiempo corto de respuesta e impaciencia. El “estilo” impulsivo implica un pobre desarrollo de la capacidad reflexiva y por ende, le impide disfrutar de un “teatro interior”, en el cual se puedan representar una serie de

posibles escenificaciones; en estas “puestas” podrían explorar alternativas, efectuar un análisis de las eventuales consecuencias, evaluar posibles obstáculos y aprender de la experiencia.

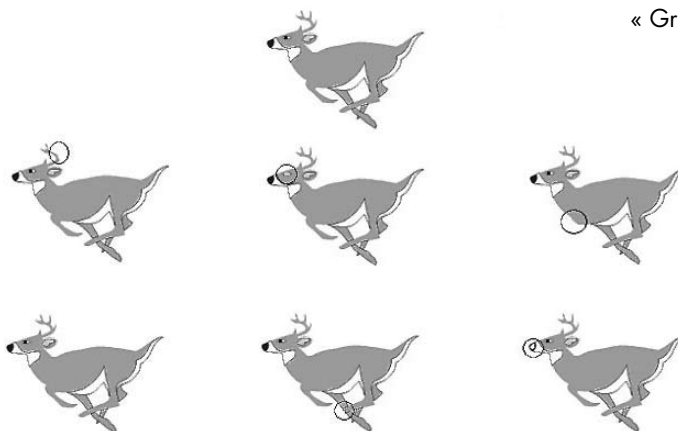
En tal sentido, no habrá de extrañar la frecuencia con que presentan dificultades para resolver problemas. Veamos un ejemplo propuesto en el **Gráfico 3**. Tenemos siete alces y el niño debe observar el alce superior y encontrar el alce que es igual y que es uno de los seis que se encuentran debajo. Se encuentran marcados con círculos los sitios dónde se han marcado diferencias. La tarea se ajusta con dibujos de mayor o menos complejidad de acuerdo a la edad. El niño que es impulsivo tiende a examinar de manera rápida e incompleta los estímulos, por ende, es frecuente que responda más rápido y se equivoque más veces antes de hallar la figura correcta.

Utilizando una prueba como esta, se determinó que no era suficiente decirle darle más tiempo para pensar la respuesta, sin darle a la vez algún tipo de metodología: no se trata solo de contar hasta diez, sino de estar haciendo algo específico mientras se cuenta hasta diez. Este librito tendrá muchos consejos al respecto.

Cuando los dilemas involucran a personas, pueden mostrar no sólo fallas de planeamiento o de metodología para abordar el conflicto, sino falta de tacto, empatía y una correcta anticipación de los resultados posibles de la conducta en curso.

En estos casos puede decirle lo primero que se les cruza por la mente sin tomar

« Gráfico 3 »



en cuenta cuánto pueden ofender a la otra persona o hacerla enojar con ellos. Muchos niños impulsivos no comprenden porque otros niños ya no quieren jugar con ellos y hay que recordarles, por ejemplo, que las últimas veces que los invitaron él nunca quiso jugar a nada de lo que ellos propusieron, etc. Muy asociados a la Impulsividad están los siguientes síntomas: baja tolerancia a la frustración, hipersensibilidad y la tendencia a los berrinches.

o Preguntas y Respuestas

¿La impulsividad es hacer lo primero que se me ocurre?

En verdad es dejarse llevar por una predisposición a la acción. Las personas tenemos la tendencia que frente a ciertas situaciones disponemos de algunas respuestas automáticas o un determinado método de actuar. El control de los impulsos implica poder detener esta pauta y generar un espacio de reflexión, a la menor noticia de que estamos procediendo de manera poco exitosa.

¿Podría ejemplificar con los alces?

Por ejemplo, en la tarea de Gráfico 3 la persona podría ir y venir del modelo al primer alce de la izquierda, mirándolo casi como un todo o bien, por partes pero sin seguir un método específico; entonces, si no halla el error (el cuerno faltante), nos dirá "es este". Fíjense que no ha examinado a los demás, no ha elaborado un plan sofisticado. Cuando le respondemos: "no", inicia una nueva búsqueda utilizando la misma estrategia. Puede repetirse esto a lo largo de muchos ejercicios similares sin que el niño pueda modificar esta pauta como lo harían niños no impulsivos.

¿Qué haría un niño no impulsivo?

Por ejemplo, comparar figura por figura, haciéndose a sí mismo preguntas cómo estas ¿Tiene todas las puntas de cuerno? ¿Tiene todas las patas iguales? ¿Están todos los colores iguales? Y una vez que ha hallado una figura que le parece el fiel reflejo del modelo superior, y le parece la elección correcta, podría detener el impulso a contestar y revisar si no ha cometido un error. Lleva más tiempo, pero se minimiza el cometer fallos.

5 | Criterios Adicionales

Además se deben considerar los siguientes puntos ya sea que nos encontremos evaluando los criterios del factor desatención o del factor hiperactividad-impulsividad:

- *Los síntomas deben haberse instalado antes*

de los 7 (siete) años. Por tratarse de una enfermedad del desarrollo para la que se postula una base genética, los síntomas no pueden instalarse en cualquier momento de la vida del sujeto sino que con anterioridad a los siete años. Éste es el criterio sustentado en la última edición del DSM-IV publicado en 1994 pero en la revisión del texto del año 2000 se incluye cierta tolerancia para los síntomas de desatención, hasta los 9 años, ya que éstos son dependientes también del grado de exigencia escolar y de otras capacidades del niño.

- *Los síntomas deben haber estado presentes ininterrumpidamente al menos durante los últimos 6 (seis) meses.* La presentación y evolución no es por fases, ataques o crisis. Una vez instalado el déficit permanece en forma crónica aunque los síntomas pueden intensificarse, disminuir e ir cambiando su forma de presentación, pero dentro de un espectro definido.

Por ejemplo, si preguntamos sobre hiperactividad, buscaremos indicios de inquietud anormal para la edad en las salidas de compras, en los viajes en auto o medios públicos de transporte, en la mesa a la hora de las comidas tanto en la casa como fuera de ella, en el jardín de infantes, en la forma de jugar en la casa tanto solo como acompañado. Pero si nos contestan que sí, debemos asegurarnos que fueran pautas de comportamiento estables, superiores a los 6 meses, aunque considerando los cambios evolutivos esperables conforme al paso del tiempo.

- *Los síntomas deben manifestarse en 2 (dos) o más ámbitos (escuela, hogar, etc).* Este punto permite diferenciarlo de trastornos en que pueden observarse síntomas de desatención, hiperactividad y/o impulsividad pero en un contexto determinado de la vida de un sujeto. Ayuda a evitar diagnósticos erróneos. Un niño podría presentar la tríada diagnóstica en la escuela y no manifestar estas características en otros ámbitos. En este caso, las hipótesis, con toda probabilidad, se alejarán del TDAH. El criterio especifica a modo de ejemplos ciertos ámbitos en que los síntomas tienen más posibilidad de presentarse con una intensidad perjudicial para el sujeto. Estos sitios requieren una participación no espontánea, sino sujeta a reglas y por ende, exigen una performance cognitiva de naturaleza estructurada y prolongada. A ello se debe la tendencia a presentar los síntomas, por ejemplo, más en el aula que en el patio de juegos. Y se debe tener clara evidencia clínica que los síntomas provoquen angustia significativa y/o perjuicio sobre la vida social, académica, laboral, etc. Los síntomas han de tener entidad, deben perturbar significativamente. Dado que se trata de un trastorno "tratable" pero no curable, sería absurdo

"tratar" a alguien que no presente perjuicios palpables. A tales efectos, los profesionales suelen evaluar el grado de desajuste que presenta el niño utilizando una escala conocida como GAF y que se incluye en los Apéndices de este librito.

- *No debe existir alguna condición médica general que pueda explicar los síntomas.* El DSM-IV señala, sucintamente, que los síntomas no deben aparecer en el curso de trastornos del desarrollo (autismo, Trastorno de Asperger, etc), esquizofrenia u otros trastornos psicóticos; o bien, que los mismos no puedan ser adjudicados en mejor forma a otros trastornos mentales (Trastornos Afectivos o del Humor, Trastornos Ansiosos, Trastornos Disociativos, etcétera). Como se observará, el diagnóstico del TDAH en muchas ocasiones requiere la intervención de diversos profesionales que deberán colaborar en la tarea del diagnóstico diferencial.

o Preguntas y Respuestas

¿Cómo podríamos aplicar estos criterios a Rosa y a Pedro?

Por ejemplo, la madre de Pedro ha informado en la escala de SWAN que su hijo presenta un rendimiento por debajo del promedio en "Permanece quieto, controlando movimientos de manos, pies y del resto del cuerpo", entonces deberíamos averiguar: a. si le sucede desde antes de los 7 años; b. si le ocurre en distintos lugares donde debe inmovilizarse; c. si esto le provoca algún desajuste o "le trae problemas" y d. si el o los médicos no han encontrado una mejor explicación médica para el problema: por ejemplo, que el niño padezca de hipertiroidismo (es raro, pero no imposible). De manera similar deberíamos proceder con todos los síntomas.

¿Quiénes pueden hacer el diagnóstico del TDAH?

Diversos profesionales están capacitados y autorizados para hacerlo con un margen de razonable seguridad. Neurólogos, psiquiatras y psicólogos con debida formación en TDAH pueden realizar el diagnóstico con gran eficacia y seguridad. Pero en mi opinión, el diagnóstico involucrarse siempre a más de un profesional de la de la salud mental, ya que el diagnóstico se hace tanto por criterios de inclusión como de exclusión. Especialmente en el caso de las comorbilidades.

¿Criterios de "inclusión" y "exclusión"?

Sí. El diagnóstico se hace buscando encontrar ciertos criterios y luego, excluyendo otros. Por ejemplo, si el niño tiene todos los criterios de inclusión que vimos hasta ahora y tiene hipertiroidismo deberíamos

compensar su función tiroidea en primer lugar y luego, re-evaluar si siguen los síntomas, etc. El diagnóstico requiere a veces pedir a otros profesionales su auxilio, en el caso que estamos ejemplificando, un endocrinólogo.

6 | Características Adicionales

Los síntomas primarios se escrutan para intentar hacer el diagnóstico, como vimos en los puntos anteriores. Existen características adicionales que no se utilizan para decir por sí o por no si el niño tiene el trastorno, pero que sirven tanto para el conocimiento del niño como para organizar su tratamiento pero no para decidir si se trata de un niño con TDAH.

Algunas de estas características adicionales son consecuencias de los síntomas primarios y otras no, pero se dan muy frecuentemente.

• **Dificultad para seguir comportamientos reglados.** Les cuesta seguir directivas e instrucciones, alteran el orden de las mismas, posponen la realización de sus deberes o tareas (la hora de hacer el trabajo escolar en la casa suele ser motivo de grandes demoras y conflictos), tienen toda la energía del mundo para iniciar la acción de algo que les interesa pero impresionan como desganaados o indolentes frente a responsabilidades u órdenes de otros, etcétera.

• **Déficit de regulación del tono emocional.** Presentan baja tolerancia a la frustración (se “ponen mal” o enojan cuando se les niega algo o encuentran un obstáculo), hiperreactividad (por pequeñas cosas hacen un escándalo mediano), irritabilidad (se molestan fácilmente y lo manifiestan con enojo), hipersensibilidad (son muy sensibles, se ofenden y a veces lloran con facilidad) y eventualmente agresividad. Cuando predomina la desatención algunos de estos síntomas son reemplazados por actitud letárgica, continua ensoñación, ansiedad y pocas habilidades de liderazgo. Es un hecho común que los niños con TDAH tienen problemas significativos de autoestima y que muchas de sus conductas

problemáticas secundarias se explican como formas inapropiadas de afrontar el dilema y el dolor de la baja autoestima. Por ejemplo, llamar la atención, hacerse el payaso, violar reglas porque se consigue que los compañeros “lo valoren” aunque esto le implique afrontar castigos, etc. Los problemas de regulación del tono emocional pueden ser molestos pero a la vez no muy intensos y prolongados. Por ejemplo, el niño hace berriuches o pataletas pero estas no son extremadamente prolongadas ni tampoco muy intensas. Pueden ser hipersensibles, ofenderse y llorar, pero también se les pasa con facilidad. Estas son características comunes en los niños con TDAH. Si los problemas de regulación del tono emocional son importantes en ocasiones, se debe consultar el tema con un psicólogo clínico o psiquiatra infantil experimentado.

• **Pobres habilidades interpersonales y sociales.** Pueden predominar pautas de interacción inmaduras, necesidad de ser el centro de atención, tendencia estereotipada al liderazgo, eventualmente agresividad y excesiva atribución negativa (tendencia a adjudicar malas intenciones a los comportamientos de los demás) y dificultad para comprender el punto de vista del otro. Estas dificultades se hacen evidentes también en relación con sus padres y hermanos, volviéndolas críticas. Como ya señalamos, en niños de predominio absoluto de desatención, ocurre algo totalmente diferente, y el chico puede aislarse y tener pobres habilidades de liderazgo.

• **Comportamiento Temerario.** Trepase a techos, persianas, rejas, caminar por las cornisas, o bien, tendencia a cruzar las calles o andar en bicicleta de forma audaz. También manipulan objetos peligrosos (cuchillos o tijeras). Cuanto menor es el niño con TDAH más habitual es encontrar este síntoma secundario. No debe tomarse como un comportamiento suicida sino como una real dificultad para comprender el peligro y/o anticipar las consecuencias funestas de ciertas conductas. Tampoco como un acto de “valentía”, de hecho, muchos niños con comportamiento temerario pueden presentar fobias como trastorno asociado.

• **Tendencia accidentógena.** Más del 46% de los niños con TDAH han sido descriptos como con tendencia a sufrir accidentes y al menos un 15% de estos niños ha sufrido alguno de cierta importancia. También se ha encontrado que la desatención, la hiperactividad y la impulsividad son factores que exponen a tener más accidentes de tránsito, tanto de niños como de adultos, incluso como conductores.



• **Trastornos del sueño.** No se ha podido encontrar ninguna alteración específica en la naturaleza del sueño pero es un hecho que muchos de ellos tienen dificultades para conciliar el sueño, duermen menos horas, se mueven mucho durante la noche, tienen horarios irregulares y en no pocos casos, presentan dificultades para despertarse. Un porcentaje alto de niños con TDAH, cuando presentan problemas significativos en esta área deben ser evaluados desde la óptica de la comorbilidad con dificultades para regular el grado de sueño/alerta.

• **Déficit en la distribución del esfuerzo y/o déficit motivacional.** Existe evidencia consistente de que les cuesta realizar esfuerzos sostenidos y/o enfrentar tareas repetitivas, aburridas, poco placenteras o con insuficiente refuerzo. De hecho las expresiones “me cansé”, “me aburro” y “no me gusta más” son comunes en ellos. Se debe comprender, haciendo una metáfora, que las vías de la motivación y la atención comparten buena parte del camino y de los medios (por ejemplo, los principales neurotransmisores implicados: dopamina y noradrenalina).

• **Variabilidad en el comportamiento.** Así es que gran parte de los niños con TDAH nos asombran con desempeños variables e inconsistentes, dependiendo del grado de motivación que presenten. Este es uno de los motivos que más mueven a tomar muchas conductas incomprensibles: “¿Cómo puede ser que tenga tanta atención para lo que le gusta y tan poca para la escuela?” “¿Porqué se puede portar bien cuando quiere obtener un beneficio inmediato y no es capaz de controlarse cuando no tiene beneficio a la vista?. En verdad los niños con TDAH tienen un comportamiento inconsistente e incluso se ha estudiado que responden de forma bastante atípica tanto a los premios como a los castigos.

• **Dispraxias.** Son dificultades menores para coordinar movimientos y establecer secuencias que se revelan en torpezas, en inhabilidad deportiva y en dificultades para dibujar y es-



cribir (psicomotricidad fina). Estos síntomas, dependiendo de su severidad y persistencia, pueden llegar a adquirir el valor propio de un cuadro comórbido, tema por cierto discutible.

- **Dificultades de rendimiento académico.** Una disminución de la productividad del niño en el aula y en el hogar es una de las áreas más problemáticas de los niños con TDAH y uno de los principales “puntos de urgencia” que llevan a los docentes y padres a procurar la consulta psicológica. Claro está que no deben confundirse con los verdaderos problemas de aprendizaje: Trastornos específicos de Aprendizaje.

- **Síntomas en el área cognitiva.** Los niños con TDAH tienen en general buenas dotes intelectuales, aunque es muy probable que los síntomas mencionados produzcan en ellos rendimientos por debajo de sus capacidades.

En general, se ha estimado que el Coeficiente Intelectual de los niños con TDAH puede estar 10 puntos por debajo de sus posibilidades, de hecho, se obtienen mejores rendimientos cuando el niño ha estado en tratamiento prolongado. Por ello, es que aún siendo talentosos, muchas veces tienen deficientes estrategias para resolver problemas, para desarrollar planes y para aprender como aprender.

En el área del lenguaje, las dificultades más relevantes suelen ser dificultades menores en el lenguaje confrontativo (saber como discutir, escuchar la respuesta a nuestros dichos y saber cómo modificar aquello que íbamos a decir, etc.) y en la fluencia verbal (la capacidad para hablar de manera fluida sobre un tema específico, sin irse por las ramas o utilizar muletillas, etc.).

o Preguntas y Respuestas

¿Por qué estas características adicionales no son parte del esquema diagnóstico?

En primer lugar porque no sirven para decidir si un niño, adolescente o adulto tiene TDAH. Por ejemplo, un niño puede tener dispraxias (alteraciones en la coordinación motora fina y/o gruesa) y no tener problemas de atención o un adulto puede tener problemas de fluencia verbal y tampoco tener problemas de atención. O por fin, el niño puede no seguir reglas, etc. y no ser hiperactivo o desatento.

¿Es importante tomar en cuenta las características adicionales?

No es central para el diagnóstico en función de pensar en términos de sí o no.

Pero es de gran relevancia su estudio para valorar la mejor manera de atender al niño, adolescente o adulto con TDAH.

7 | Historia del TDAH

Dado que es una historia, larga, de más de un siglo, solo expondremos lo que pueda reportar una utilidad directa.

La primera descripción de niños con



“daño” cerebral que hoy en día podríamos evaluar (al menos, en un porcentaje razonable dentro del campo del TDAH), en la literatura médica se adjudica a G. F. Still en 1902, quien publicó un célebre trabajo en la más prestigiosa revista médica de Inglaterra: The Lancet.

Still determinó que el trastorno era más frecuente en varones (3:1), que se establecía con anterioridad a los 8 años de edad, que los síntomas principales eran: inatención, hiperactividad, impulsividad, poco control voluntario de los impulsos, dificultad para respetar las reglas, aceptar la disciplina, muy a menudo comportamientos agresivos, etcétera. Con posterioridad, durante más de 40 años, se realizaron observaciones diversas que mostraban una relación imprecisa entre estos síntomas y diversos cuadros médicos de origen neurológico.

En 1937 se publican los dos primeros trabajos dando cuenta del abordaje farmacológico con estimulantes del Sistema Nervioso Central. A W. Bradley también se le adjudica el haber afirmado que los estimulantes tenían un efecto paradójico, su comentario fue descriptivo ya que desconocía con exactitud el metabolismo de estas drogas. En 1980 la teoría del “efecto paradójico” sería totalmente refutada, pero desde aquella época hasta la fecha, se han utilizado los estimulantes como primera línea de tratamiento farmacológico con buenos resultados.

A. Strauss y L. Lehtinen en 1947 publican la primera descripción completa y los adjudican a lesiones cerebrales de carácter exógeno. Se trató de una clasificación amplia, ya que se incluía retardos y todo tipo

de problemas de aprendizaje pero fue el momento de “esplendor” de la teoría del “daño cerebral”.

En 1957 se profundiza la controversia sobre el tema de la “lesión o daño cerebral” (de hecho, aunque los síntomas eran consistentes con alguna forma de fallo en el SNC, no podían encontrarse tales lesiones o daños). Así es que se comienza a hablar de “Daño Cerebral Mínimo” y a partir de 1963 de Disfunción Cerebral Mínima. Esto se debió a un grupo dirigido por S. D. Clements que concluyó que los síntomas más comunes hallados en la literatura eran: hiperactividad, déficits perceptivos, baja tolerancia a la frustración (labilidad emocional), déficits de coordinación motora, inatención, impulsividad, trastornos mnémicos, trastornos del curso del pensamiento, trastornos específicos del aprendizaje, trastornos del habla y signos neurológicos no bien definidos o de interpretación sujeta a controversia.

El término Disfunción Cerebral Mínima ha sobrevivido en ciertos grupos reducidos y como manera simple de explicarle a los padres, el padecimiento de su hijo o hija. Pero dado que carece de la precisión necesaria ya que abarca tanto que de pronto puede no explicar nada, su uso ha sido abandonado en la literatura científica.

El pensamiento de Americanos y Europeos sobre el tema llegó a la fractura, cuando la, en 1968, la Asociación Americana de Psiquiatría en la edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II) lo rotula bajo el término de Trastorno infantil de reacción hiperquinética, y rechaza incluir muchos de los criterios previos en la “disfunción cerebral mínima”.



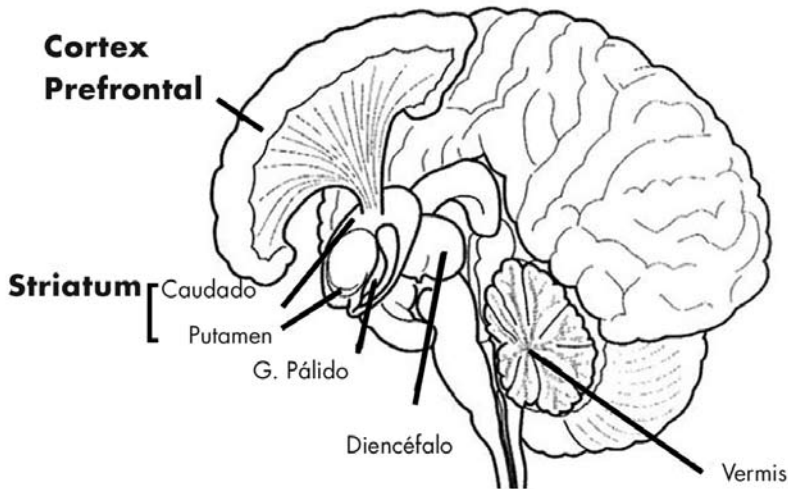
¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad no es un trastorno nuevo: durante más de 100 años se ha estado refinando su diagnóstico y tratamiento.

A la luz de esta nueva clasificación, se comenzaron a realizar investigaciones que llevarían a que V. I. Douglas planteara que las deficiencias en el mantenimiento atencional y el control de los impulsos tenían más valor explicativo sobre las dificultades que aquejaban a los niños con TDAH, que la hiperactividad en sí misma.

Estos estudios fueron tomados en cuenta, así es que en 1980 el DSM III renombró el trastorno como Attention Déficit Disorder.

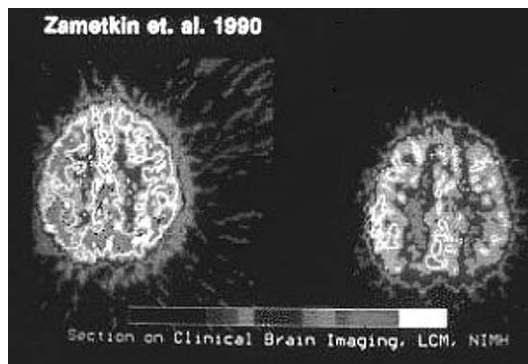


der (ADD) Esta denominación subsiste en gran parte del mundo hasta la actualidad y en ocasiones se usa como sinónimo. En 1984 . H. C Lou y colaboradores fueron los primeros en poder formular una hipótesis sobre las zonas implicadas en el TDAH teniendo en cuenta el resultado de técnicas no especulativas, se basaron en mediciones del flujo cerebral (En el Gráfico 4 pueden verse algunas de las zonas mapeadas por Lou, aunque se ha actualizado con los resultados obtenidos hasta la fecha.

El nombre sufre el cambio a Déficit de Atención con y sin hiperactividad (TDAH) en 1987 al realizarse una revisión del DSM-III. En el fondo esto fue un retroceso, ya que se ensombreció la luz que se había colocado sobre los aspectos vinculados a la motivación y a la cognición en las dificultades atencionales.

A. Zametkin, en 1990, a cargo de un grupo de investigación del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos publica el estudio fundacional en el campo. La publicación abarcó los resultados de investigar el metabolismo de la glucosa en el cerebro de adultos con diagnóstico de TDAH durante la infancia, mediante tomografías de emisión de positrones. Sintéticamente se halló que había una reducción significativa en la actividad metabólica cerebral de los sujetos estudiados, especialmente en áreas del lóbulo frontal y del estriado. Estos estudios fueron consistentes con el estudio de H. C. Lou ya citado anteriormente. Ver **Gráfico 5** (Las imágenes de la derecha son de un adulto sin TDAH y las de la izquierda de un Adulto con TDAH). Contemporáneamente, Hynd estudiando mediante el uso de

resonancias magnéticas la estructura del cerebro de los niños con TDAH: fue el primero en descubrir que en ellos faltaba la asimetría entre los lóbulos frontales de los hemisferios derecho e izquierdo. Estos estudios se complementaron con mediciones del cuerpo caloso en las que se halló que tanto la parte anterior como



posterior del cuerpo caloso tenía menores dimensiones en los niños con TDAH. Sobre los aspectos neurofisiológicos o neuroanatómicos no realizamos una gran profundización, porque ésta podrá hacerse a la largo de los puntos siguientes. La historia no cerraría sino se aclararan algunos hechos: la profusión de estudios

genéticos, el hecho de que se observara que el trastorno continuaba en muchos casos hasta la vida adulta y a que progresivamente, se fueron intentando variados tratamientos, hasta que en 1999, el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos, inició un estudio de largo alcance que aún continúa, que fundamenta la importancia de los tratamientos farmacológicos y cognitivo conductuales. Sobre este punto volveremos al tratar la cuestión del tratamiento. El cuadro muestra a través de una línea del tiempo los principales cambios de nombre, la modificación de la idea central de la lesión cerebral y el énfasis en lo conductual (hiperactividad-impulsividad) a conceptos más avanzados y el progresivo énfasis en lo cognitivo y la diferenciación de subtipos. Se ha incluido el descubrimiento de los efectos beneficiosos de la Bencedrina (un estimulante del Sistema Nervioso Central) sobre la hiperactividad, para graficar la antigüedad de abordajes basados en estimulantes del SNC.

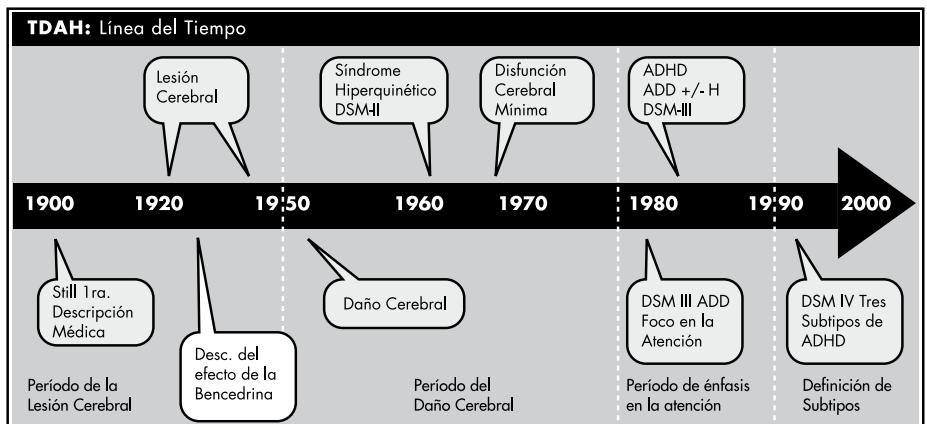
o Preguntas y Respuestas

¿A lo largo de todos estos años, siempre ha sido el mismo trastorno con el mismo nombre?

No. Los conceptos se diagnósticos se fueron haciendo cada vez más específicos. Por ejemplo, en 1902 se incluyeron niños con retardo y eso hoy en día no se haría. Una condición importante del diagnóstico es que los problemas conductuales o atencionales no se deban al retardo. En 1963/1970 la corriente Europa hubiera hablado de Disfunción Cerebral Mínima en niños en que lo central eran problemas de lenguaje y motores, eso hoy en día no se acepta. Por eso decimos que los conceptos se han refinando.

¿Cómo seguirá la historia?

De varias maneras que podemos imaginar. Cada vez sabremos más sobre el ADHD en



adultos y en mujeres. Cada vez más comprenderemos los fundamentos genéticos y su interacción con el ambiente. Cada vez más estudiamos las complejas cuestiones neuroquímicas que están detrás del TDAH. Y, probablemente, ciertos niños desatentos o desatención serán considerados como un nuevo subtipo o incluso, un tipo totalmente diferente.

8 | Etiología

Bajo el término de etiología se estudian las causas de las enfermedades. La existencia de una única causa para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad no ha sido determinada; pero dado que es uno de los trastornos más estudiadas en los últimos 20 años, disponemos de gran cantidad de evidencias sobre sus conexiones genéticas, neurobiológicas y neuroquímicas.

Evidencia Basada en la Genética

La evidencia de que un trastorno tiene una base genética se obtiene de distintas maneras y en verdad, por momentos la cuestión puede ponerse muy árida. Trataré de ser lo más simple posible y aportar los datos centrales; además los invito a saltar aquellas partes que resulten abrumadoras porque los introduzcan en dominios científicos con el que no están familiarizados.

Efectivamente, la determinación de que un trastorno tiene bases en la herencia, se hace de muy diversas formas. Por ejemplo, se estudia la proporción en que un trastorno aparece entre familiares, se comparan hermanos y medio hermanos, hijos con padres y abuelos, mellizos y gemelos, niños adoptados y finalmente, se hacen estudios de genética molecular, es decir, se buscan los genes específicos responsables por los rasgos del TDAH. No podemos reseñar toda esta evidencia.

Así es que se acepta que determinados módulos y/o circuitos del Sistema Nervioso Central de las personas a las que diagnosticamos el TDAH son diferentes comparados con la población de control (sin TDAH). Esa diferencia, salvo para un porcentaje siempre inferior al 10%, se considera vinculada con causas genéticas.

De alguna manera, se puede decir que estaba programado al momento de nacer que el niño presentaría dificultades, aunque claro está, que futuros factores ambientales serán determinantes en la expresión definitiva del trastorno y de los síntomas.

Al menos, afirmamos esto para un 90% a 95% de los casos ya que sólo en un pequeño porcentaje de casos se ha podido hallar evidencia de otra índole: en ocasiones, los módulos implicados en el TDAH, fueron vulnerados en forma posterior a la concepción, durante el embarazo, el parto y en casos aún más raros, por traumas encefálicos o procesos infecciosos en el Sistema Nervioso Central o intoxicaciones con metales pesados.

Los estudios familiares son los que más fácilmente ofrecen una visión acertada al gran público. En ellos se ha encontrado que la prevalencia entre parientes de niños con TDAH es más alta que la que hallamos en la población general. Estudios reiterados del grupo de investigación de J. Biederman han hallado que dado un niño con TDAH la probabilidad de hallar un hermano o pariente que tenga TDAH es entre 2,1 a 7,6 por encima de lo que encontraríamos si tomamos un niño sin TDAH.

Algo similar se ha hallado cuando se ha comparado a niños adoptivos con sus padres biológicos y adoptantes, lo que en parte limita hipótesis ambientalistas, ya que el TDAH aparece ligado al lazo biológico y no al de crianza. Todos estos estudios han sugerido por lo demás que el TDAH no es producto de un gen ligado al sexo o formas de transmisión genética mendelianas simples (cuando interviene un solo gen).

Otras influencias reconocidas durante el embarazo o parto y que se consideran un factor de riesgo es que la madre exponga al feto al tabaco, al alcohol, a las drogas ilegales y finalmente, el bajo peso al nacer.

Otra forma de estudios poblacionales son aquellos en los que se estudian gemelos monocigóticos y dicigóticos.

Aquí hay muchos trabajos para tomar en cuenta (vea el esquema siguiente), lo más simple es que nos apoyemos en el estudio

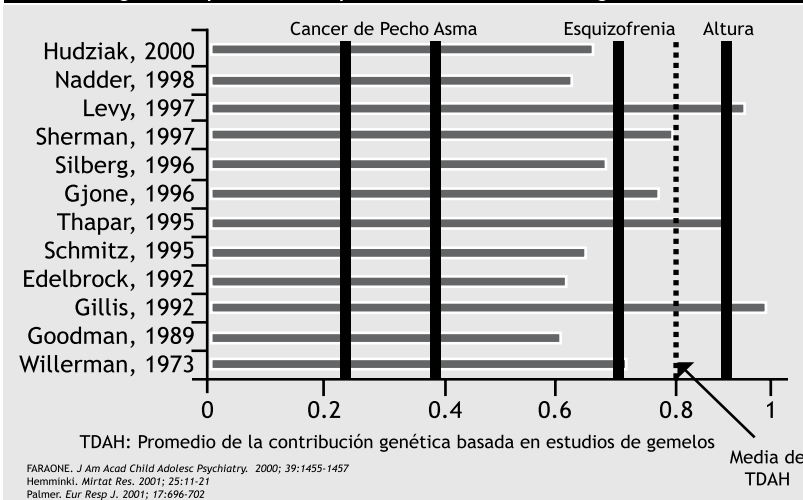
Gemelos: Son el resultado de un embarazo doble.

Gemelos Monocigóticos: idéntica carga genética, por la división de un óvulo fecundado y son siempre del mismo sexo.

Gemelos Heterocigóticos: carga genética distinta, fecundación de dos óvulos (mellizos) y pueden ser de sexo diferente.

realizado en Australia por F. Levy y asociados. El mismo se publicó en 1997, su valor reside en que utilizó una muestra muy amplia (849 monocigóticos y 1089 dicigóticos tomados del Australian National Health and Medical Research Council Twin Registry) y se determinó una concordancia en el diagnóstico de TDAH del 82.7% para los monocigóticos y de un 37.9% para los dicigóticos. Estudios previos realizados en EE.UU. y Noruega habían dado resultados similares y que tal porcentaje de concordancia es extremadamente alto si tomamos en cuenta que la prevalencia del trastorno ronda el 7%. A continuación un cuadro con un resumen de la mayoría de los estudios genéticos. Este cuadro muestra la posición, según diversos estudios, del grado de incidencia genética del TDAH e comparación a otros trastornos cuya base genética es conocida. La inclusión de la Estatura es porque es el "Gold Standard" en genética. La heredabilidad se mide en un coeficiente de 0 a 1, cuanto más cerca de 1 está el coeficiente más alta es la heredabilidad.

Estudios de gemelos que muestran que el TDAH es un trastorno genético



Los estudios poblacionales también han tratado de indagar sobre la incidencia del ambiente. El estudio de F. Levy y asociados, usando la técnica del coeficiente de regresión estudió tres componentes en la muestra que estudio: heredabilidad genéticamente determinada, ambiente compartido (es decir, el impacto de haberse criado juntos) y, finalmente, ambiente no compartido (los gemelos no se criaron juntos). La heredabilidad obtuvo un puntaje de 0.91 (el puntaje máximo es 1) y no se hallaron diferencias significativas por haber compartido o no el ambiente. Este estudio que es coincidente con otros refuta en buena medida cualquier hipótesis ambientalista.

También se han considerado en qué medida factores de adversidad social podían influir o asociarse a los factores genéticos. Un estudio en el que se evaluaron los aspectos genéticos vinculados a diversos factores de stress científicamente reconocidos como relevantes, (por ejemplo: desacuerdo marital, criticismo parental, excesiva distancia (frialdad) emocional entre los padres y el niño y una serie de factores perinatales reconocidos como pasibles de actuar sobre el Sistema Nervioso Central) a penas pudo certificar una variación del 10%. Este es uno de los estudios en que más se han basado los divulgadores sobre el TDAH para sostener que deficientes técnicas de crianza y medios familiares adversos no tienen relevancia etiológica en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Finalmente, está el espinoso mundo de la genética molecular. El tema es difícil de explicar, porque los estudios realizados sobre TDAH desde la óptica molecular han coincidido principalmente en dos aspectos: muestras pequeñas y resultados que luego no han podido ser replicados fácil y totalmente. Los candidatos son del DRD2, el DRD4 y el DRD5 todos genes que codifican receptores de la dopamina, el DBH (dopamine-b-hydroxylase gene) y los genes que codifican la dopamina de transporte de tipo 1 (DAT1).

Como dijimos los estudios no han sido replicados con facilidad salvo en dos aspectos: cuando se ha tratado de los genes que codifican el DRD4*7R (siete alelos repetidos) y el DAT1). A pesar de las dudas que los propios investigadores tienen sobre la correcta identificación existe consenso que el DRD4*7R y el DAT1 cumplen un rol significativo en el TDAH y que estudios con de genética molecular con poblaciones más amplias confirmarán esta presunción. No obstante, los especialistas también están de acuerdo, que estos genes no pueden explicar todos los rasgos del TDAH, por consiguiente, sigue la búsqueda.



¡ IMPORTANTE !
No olvide que:

Aunque la base genética se sustenta de forma sólida, todavía falta descubrir más genes involucrados.

Evidencia basada en hallazgos neuroanatómicos

Hay distintos modelos atencionales, algo de eso vimos en el apartado 2.

Piense por ejemplo, que usted está esperando a un amigo en la calle y sabe que él vendrá en un auto azul, mira su reloj y advierte que es la hora convenida. Por consiguiente, su cerebro seguramente hará las siguientes cosas:

- ☺ tomar la decisión de mirar en la dirección del tránsito que viene hasta usted;
- ☺ hacer que gire la cabeza o todo el cuerpo en esa dirección;
- ☺ prestar más atención a la izquierda de la calle que a la derecha (usted imagina que vendrá por ese lado, para recogerlo con mayor facilidad);
- ☺ resaltar los estímulos que tengan las siguientes características: autos de la marca que tiene su amigo y de color azul y “ensombrecer” a los autos con características diferentes;
- ☺ bloquear interferencias innecesarias: otros autos, vendedores ambulantes, etc.
- ☺ como ya es la hora, con seguridad usted prestará atención con más “esfuerzo”, es decir, con mayor alerta e intensidad que minutos antes.

Ahora imagine, que usted recuerda que a último momento, su amigo le dijo que iría caminando, entonces, usted se da cuenta que deberá venir desde la dirección opuesta, por ello usted debe:

- ☺ evaluar qué hacer;
- ☺ eventualmente darse la orden de “desengancharse” de mirar los autos;
- ☺ ser capaz de desengancharse y girar la cabeza;
- ☺ elaborar un nuevo mapa de observación: gente caminando que se parece a su amigo; etc.

Como ustedes comprenderán, todas esas funciones no las puede realizar una sola parte del cerebro. Podríamos decir, que se trata de una serie de módulos y de funciones cognitivas: algunas son fácilmente identificables con prestar atención, otras hacen pensar en la observación, la memoria, la planificación y la toma de decisiones. Efectivamente, las neuronas están organizadas en circuitos altamente interconectados que forman módulos funcionales relativamente autónomos pero que se vinculan entre sí. Por ejemplo, hay un módulo responsable de “engancharse” al estímulo, otro de ejecutar el desenganche, otro de dar la orden de engancharse y desengancharse y otro módulo ayuda a mantener el grado de alerta y eventualmente, intensificarlo. Esto se conoce como el modelo multimodal de Posner, que distingue un sistema atencional posterior (engancharse y desengancharse), un sistema atencional anterior (controlar la atención) y un sistema de vigilancia (que establece el nivel de alerta).

También sabemos que estos módulos tienen diferentes niveles de vulnerabilidad

² Adaptado de Scandar, R. O. El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento. Editorial Distal, Bs. As, 2000.

Bases neurobiológicas para una etiología del TDAH ²

Aspectos neuroanatómicos	Manifestaciones vinculadas
Asimetría en el Núcleo Caudado, mayor el correspondiente al hemisferio derecho. Idem Cortex Prefrontal del hemisferio derecho y del Globo Pálido.	Déficit de Control inhibitorio. Mayor variabilidad en los tiempos de reacción (TR). TR más prolongado en tareas de control inhibitorio, simples como complejas. Dificultad para inhibir respuestas ya en ejecución.
Disminución en las medidas del Cortex Frontal, la parte anterior del hemisferio derecho, Globo Pálido y Núcleo Caudado.	Déficit en la red de orientación atencional y por ende, de cambio del foco atencional. Déficit en las funciones ejecutivas. Alteración en el nivel de Arousal.
Disminución en las medidas del tamaño del Cortex Prefrontal, el Núcleo Caudado y el Globo Pálido.	Déficit de control inhibitorio. Déficit de planeamiento del comportamiento motor.
Asimetría invertida del Núcleo Caudado (Izquierdo mayor que el Derecho). Núcleo Caudado del hemisferio izquierdo más pequeño.	Posibles deficiencias en el sistema dopaminérgico
Disminución de tamaños en Lóbulos VIII-X del cerebelo	Influencia directa sobre el origen de la vía dopaminérgica, que se proyecta desde el cerebelo al cortex prefrontal

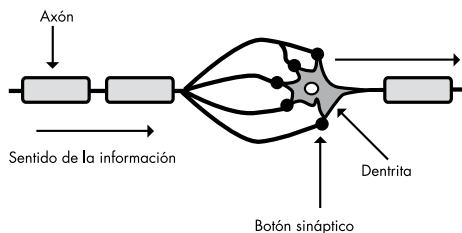
y, finalmente, que entre los sistemas más vulnerables se encuentra el cortex prefrontal, en especial, "la zona preorbital en su proyección del estriado ventral" (ver Gráfico 4), sede en buena medida de las denominadas funciones ejecutivas. Los más modernos estudios por neuroimágenes fueron los primeros medios en permitirnos estudiar el cerebro en vivo y nos han suministrado la información para establecer relaciones entre determinadas estructuras del cerebro y anomalías funcionales halladas en muchos trastornos, obviamente, lo mismo ha ocurrido con el TDAH con el uso de la Tomografía de Emisión de Positrones.

El siguiente cuadro es un resumen de hallazgos neuroanatómicos. El lector puede tomarlo como un ejemplo de lo profundamente investigadas que están las bases neuroanatómicas del TDAH.

Evidencia basada en hallazgos neuroquímicos

Ya en 1977 Shaywitz y colaboradores (a mi entender los primeros) postularon la hipótesis de que alteraciones en un neurotransmisor (la dopamina) tenía un rol central en la generación de los síntomas del entonces conocido síndrome hiperquinético (todavía no se lo llamaba TDAH). Un número importantes de estudios han respaldado esta hipótesis original, aunque se presta actualmente atención a otro neurotransmisor: la noradrenalina.

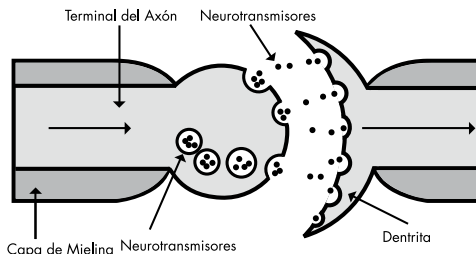
« Gráfico 6 »



En conclusión, los tratamientos farmacológicos existentes siempre han apuntado a aumentar la disponibilidad de esos neurotransmisores en las áreas cerebrales implicadas. Pero trataremos de explicar mejor la cuestión con una pequeña introducción al funcionamiento cerebral.

El cerebro tiene alrededor de 1.000.000.000 de células nerviosas que se tienen que comunicar entre sí a través de prolongaciones que salen del cuerpo neural pero que no tienen la capacidad de "tocarse" con los otros caminos. Se trata de una compleja red neural que procesa información (Véase Gráfico 6.) Cada grupo de neuronas no está conectado todo el tiempo, aunque esto se logra

« Gráfico 7 »



en ciertas circunstancias: el acto de unión se llama sinapsis y acontece en el botón sináptico o terminal.

Podemos imaginar, pues, que cuando una de las prolongaciones de la neurona se acerca a otra, se detiene a cierta distancia y que entre ambos se queda un espacio: el espacio intersináptico.

El mensaje que viajaba por el axón hacia la dendrita mediante un impulso eléctrico llega al espacio intersináptico ¿Cómo atraviesa ese espacio la información o el mensaje?

Evidentemente se necesita cierta ayuda, se necesitan puentes que permitan que pase el mensaje de un camino al otro. Esos puentes reciben el nombre de neurotransmisores: compuestos químicos que se producen casi en el borde del espacio intersináptico y oportunamente, se liberan dentro de ese espacio para permitir el flujo de la información (Ver Gráfico 7).

Los cantidad de células que ejercen una función no varían en cantidad cuando están activas o en estado de reposo. Así es que al tener que realizar un trabajo no pueden mejorar su eficacia aumentando su número, sino que incrementan su poder a través de lograr disponer de mayor cantidad de neurotransmisores y para ello, tienen que producirlos.

La hipótesis central en la etiología del TDAH es que las partes del cerebro involucradas en las funciones cerebrales superiores que regulan la atención, la organización del acto motor y la inhibición, no tienen la posibilidad de producir la cantidad de neurotransmisores necesarios para realizar las tareas que le son propias, por ende, en vez de hacerlo de manera competente produce una performance o rendimiento inconsistente. Es necesario comprender, que el funcionamiento del sistema ejecutivo actúa por inhibición, es decir, disminuyendo la actividad de otras áreas. Así es que si un sistema que tiene la función de frenar, hacer cambios y manejar el volante de un auto, por poner un ejemplo, está debilitado en su capacidad funcional, es probable que otras, tengan niveles de funcionamiento elevado (no están siendo inhibidas).

Como toda metáfora, esta tiene sus de-

fectos, pero creo que cumple con el fin didáctico deseado.

A medida que los niños se desarrollan la capacidad para producir ciertos neurotransmisores que se han de utilizar en el lóbulo frontal va en continuo crecimiento, hasta llegar a niveles máximos en la adolescencia. En la actualidad estamos convencidos que los niveles de neurotransmisores en los circuitos del cortex frontal no se incrementan en forma apropiada con la edad en niños con TDAH. Aunque estamos hablando en plural, pensando en la dopamina y en la noradrenalina, es probable, que el primero de estos dos tenga un rol más relevante.

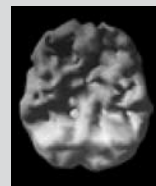
¿Sobre qué evidencia hacemos estas afirmaciones? En principio, toda la información proveniente de los tratamientos exitosos sobre el TDAH desde el punto de vista farmacológico, involucran a las catecolaminas, en especial, la dopamina y la noradrenalina. La psicofarmacología nos demuestra que cuando administramos fármacos que mejoran la disponibilidad de esos neurotrans-

« Gráfico 8 »

Tomografía con Emisión de Positrones en Adultos con TDAH



La foto de la izquierda representa una versión en blanco y negro de una Tomografía con Emisión de Positrones, en ella se ve una disminución moderada de la actividad cerebral de las áreas frontales (zonas más oscuras, en la parte superior).



Durante el momento de concentración, las manchas oscuras en el cortex prefrontal (nuevamente arriba en la foto) y en el cortex temporal izquierdo (al medio) se incrementan.

Así es como se ve una Tomografía con Emisión de Positrones un déficit de atención. La disminución de la actividad en el cortex prefrontal en respuesta a un desafío intelectual, muy probablemente es debida a una baja disponibilidad de dopamina en los ganglios de la base.



Después de tomar estimulantes se observa un mayor nivel de actividad en todo el cerebro, existen menos manchas oscuras. La medicación estimulante ha "encendido" los

lóbulos frontales y previene una baja en la actividad cerebral, permitiendo a la persona tener más acceso a esa parte del cerebro y por ende, disponer de las capacidades virtuosas de esas áreas cerebrales.

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:



Estos sofisticados métodos de investigación aún no sirven con fines diagnósticos.

misores en las áreas cerebrales mencionadas, los comportamientos vinculados a las funciones ejecutivas mejoran hasta niveles cercanos a lo normal. De hecho, los fármacos que no intervienen sobre estos dos neurotransmisores se han mostrado siempre ineficaces para mejorar el rendimiento de los síntomas centrales de este trastorno.

En segundo lugar, los estudios realizados con Tomografía de Emisión de Positrones utilizando marcadores radioactivos, han dado información en vivo de disfunción de los niveles de dopamina en el cortex prefrontal de adultos con ADHD y en el cortex prefrontal del hemisferio derecho de niños con ADHD.

Evidencia basada en estudios neuropsicológicos

La evidencia neuropsicológica se basa fundamentalmente en enlazar los conocimientos psicológicos que disponemos sobre el funcionamiento de áreas y circuitos cerebrales con el resultado que nos proveen una serie de pruebas, pruebas que sabemos que sensibles a alteraciones en determinadas áreas cerebrales; o bien, el examen de signos y síntomas del paciente.

Por ejemplo, existe un test muy famoso que el Wisonsin Sorting Card Test, el mismo no es muy complejo y se puede aplicar a niños desde los 7 años, cuando existe un rendimiento muy anormal en este test en niños, adolescentes o adultos de inteligencia normal se presume que es muy probable que se haya comprometida una parte específica del cerebro o sus conexiones principales.

Por ello, existe una serie de test “frontales”: que miden la capacidad de para focalizar la atención en tareas de vigilancia, cambiar de foco de atención, planificar, organizar, regular el esfuerzo y controlar las interferencias (recuerden el ejemplo del señor esperando a un amigo). Luego veremos la utilidad de estos tests al estudiar la evaluación del TDAH. En general, se observa a través de estos test que los pacientes con TDAH tienen un déficit en el control, en la dirección y en el mantenimiento de la atención; a la vez que dificultades en el control de los impulsos. Estos resultados, son similares, a los que se

observan en pacientes que han sufrido lesiones en el lóbulo frontal (por ejemplo, en caos de accidentes de auto, heridas de bala, remoción de tumores, etc.).

o Preguntas y Respuestas

¿Los padres no son los culpables de que sus hijos tengan problemas de atención, hiperactividad e impulsividad?

En el caso que esos síntomas sean correctamente diagnosticados como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad la respuesta es: ¡No! De hecho, los padres no siempre tienen la culpa de lo que acontece a los hijos cuando hablamos de enfermedades neuropsiquiátricas y en el caso de los niños con TDAH nunca: “al menos al principio”.

Debido a que los padres son los principales responsables del cuidado, bienestar y educación de los niños siempre se ha aceptado que son quienes influyen más profundamente su desarrollo psicológico y emocional. La creencia de que los buenos y malos comportamientos de un niño son debidos a factores exteriores al niño (tales como sus padres o condiciones de crianza) sólo se ha cuestionado recientemente, a través de toda la evidencia que muestra que no todos los cerebros son y se desarrollan de la misma forma. Es particularmente útil comprender esto cuando trabajamos con niños que presentan problemas de comportamiento y aprendizaje significativos y crónicos.

Alertamos al lector, sin embargo, sobre el hecho de que se valoran las influencias del medio socio ambiental y de hecho, se apelará a ellas al desarrollar los tratamientos y de técnicas de abordaje. Aquí se intenta comprender el origen, “el cómo comenzó la cuestión” y no de cómo continúa o termina.

¿No todo comportamiento es aprendido?

Dependiendo de la circunstancia la respuesta debería ser por suerte “no” o bien, por desgracia no. Pero en definitiva, la respuesta siempre será: ¡No! Así es que no aprendemos todo en relación de uno con otro, aunque sí, aprendamos de esa manera muchas y hermosas cosas. Por ejemplo, no necesitamos que nos enseñen a hablar.

basta con la estimulación apropiada (estar expuestos a un mundo parlante) pero sí es necesario que nos enseñen a leer. El habla es una habilidad tan antigua que ya está en el plan genético de la especie, la lectura no. Obviamente, aquello que traemos “pre-aprendido” (hablar) y luego debemos poner en práctica son como habilidades “plegadas” o “guardadas”, la relación con el medio ayudará a desplegarlas cuando se encuentren listas, no antes. Es decir que una parte de las habilidades que el niño desplegará para fascinar a sus padres y luego a la humanidad están programadas en sus genes y también está programado cuando será posible que esa habilidad comience a “desplegarse”, es decir, a desarrollarse.

Posteriormente, la manera en que la persona afronte las condiciones ambientales, en especial referencia a los aspectos psicosociales, irá moldeando su personalidad, sobre esa base, que podríamos llamar temperamento.

9 | Comorbilidades y diagnóstico diferenciales

Una gran variedad de trastornos suelen asociarse con el TDAH y en no pocos casos, hay que asegurarse de que se traten de dos trastornos y no de uno que imita al otro. Por ejemplo, un niño puede tener TDAH y a la vez haber tener un trastorno de ansiedad, entonces, por ejemplo, tiene preocupaciones excesivas y al mismo tiempo, problemas de atención. Pero también puede ocurrir que el niño sólo tenga un trastorno de ansiedad y el estar preocupado en exceso le impida concentrarse. Uno podría pensar en este último caso que existen problemas de atención, cuando simplemente la ansiedad puede producir una especie de mimesis, es decir, como si un trastorno imitara a otro.

Este es uno de los principales motivos por los que sostenemos que el diagnóstico no puede hacerse por medio de simples escalas y que la intervención de más de un profesional puede ser necesaria, en ciertas ocasiones, para determinar cuál es el trastorno primario.

Comorbilidades

Hablamos de comorbilidades cuando estamos plenamente seguros que el niño presenta más de una condición reconocida: por ejemplo, un niño merece el diagnóstico de trastorno de ansiedad de separación y a la vez el de TDAH (ya que es posible verificar que no es la ansiedad la que le im-

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:



La neuropsicología es una rama de la ciencia que estudia la relación las conductas, cogniciones y emociones por un lado y nuestros conocimientos del sistema nervioso.

pide concentrarse, por ejemplo, en la casa cuando está la made disponible y el niño no teme su alejamiento). También a veces se justifica hacer el diagnóstico de depresión o trastorno negativista desafiante y a la vez el de TDAH.

En el diagrama siguiente vemos que de las principales comorbilidades del TDAH: TC (Trastorno de Conducta); TND (Trastorno Negativista Desafiante); T de Ans (Trastornos de Ansiedad), T del H (Trastornos del Humor) y T del Apr (Trastornos del Aprendizaje). La fuente es la presentación de Joseph Biederman en el simposio del National Institute on Drug Abuse, 2005. Lo primero que debe llamar la atención es que siempre la mayor cantidad de comorbilidades se da en los varones, no obstante, las mujeres presentan niveles de comorbilidades significativos en todos los trastornos.

El tema de las comorbilidades es altamente significativo porque en muchas ocasiones el trastorno comórbido se convierte en una de las principales dificultades en el mejoramiento de la condición.

Por otro lado, por poner un ejemplo común, un niño al que se diagnostica TDAH y TND con mucha frecuencia la queja principal esta en torno de los síntomas de TND y reducidos o eliminados estos síntomas el TDAH puede ser manejado con mucha más facilidad.

Diagnósticos Diferenciales y/o asociaciones con condiciones médicas


El siguiente es un listado que incluye las condiciones más frecuentes, aunque en verdad, algunas son bastante infrecuentes.

- ☺ Síndrome de Tourette.
- ☺ Narcolepsia.
- ☺ Anemia. La anemia puede provocar mareos, sopor, dolores de cabeza y otros problemas en sistema nervioso autónomo que regula el nivel de arousal (Alerta).
- ☺ Síndrome del X Frágil
- ☺ Alergias y efectos indeseados de medicaciones para el asma (teofilina y hidroxicina)
- ☺ Disfunción Tiroidea
- ☺ Apnea del sueño
- ☺ Infecciones auditivas
- ☺ Trastornos del Movimiento
- ☺ Sinusitis
- ☺ Parasitosis
- ☺ Trauma cerebral
- ☺ Epilepsias
- ☺ Intoxicaciones con plomo y metales pesados

Síndrome de Tourette. Este síndrome presenta tics motores y verbales tanto simples como complejos. Es común que los niños

con Tourette tengan TDAH. Ahora bien, un niño con Tourette y sin TDAH puede presentar tantos tics y dificultades conductuales que hagan pensar que también tiene TDAH. Este Síndrome ha sido incluido aquí porque es en parte un trastorno de movimientos involuntarios, pero por sus características comportamentales y frecuentes comorbilidades con otros trastornos, bien podría haber sido puesto en la sección de diagnósticos diferenciales con condiciones psiquiátricas.

Narcolepsia. La narcolepsia es un trastorno que se caracteriza por repentinos ataques de sueño y de movimientos oculares rápidos (REM) que ocurren en momentos inapropiados del día (lo normal es que sean una etapa del sueño). Implica necesariamente una falla en el mantenimiento de un adecuado estado de alerta y vigilia. La narcolepsia suele ser una condición hereditaria que se debe diferenciar del estado somnoliento que muchos niños con TDAH presentan (se diferencian por la falta de los movimientos oculares rápidos en los niños con TDAH, falta de alucinaciones hipnóticas, la parálisis propia del sueño y catalepsia). Se debe remarcar que usualmente, las medicaciones para la narcolepsia suelen tener eficacia de mayor o menor grado en el TDAH:



¡ IMPORTANTE !
No olvide que:

Son múltiples las condiciones médicas que pueden "imitar" un TDAH, un buen interrogatorio médico y estudios de laboratorio permiten descartarlas.

Anemia. La anemia puede provocar mareos, sopor, dolores de cabeza y otros problemas en sistema nervioso autónomo que regula el nivel de arousal (Alerta).

Síndrome del X Frágil. El Síndrome del X Frágil es un trastorno cromosómico que comúnmente se asocia con retraso mental, frecuente comorbilidad con la epilepsia y trastornos de aprendizaje y de la atención. Presenta estigmas físicos (por ejemplo, nariz y mandíbula prominente, orejas altas, etc.) que facilitan el diagnóstico al especialista en neurodesarrollo.

Alergias y efectos indeseados de medicaciones para el asma (teofilina y hidroxicina). Se ha verificado que pueden empeorar los problemas atencionales, la hiperactividad y algunos problemas comportamentales en presencia o ausencia del Trastorno por Déficit de Atención e

Hiperactividad. Es decir, que estas medicaciones pueden empeorar los síntomas en un paciente con TDAH pero también, puede producir síntomas "como si" el paciente tuviera TDAH en verdad solo exhibe estos problemas como consecuencia de la administración del fármaco.

Disfunción Tiroidea. Como es sabido, la secreción excesiva de hormonas tiroideas provoca el hipertiroidismo, el cual incrementa el metabolismo basal de una persona. Los síntomas hipertiroidismo pueden confundirse con los de la hiperactividad y falta de regulación emocional de muchos niños con TDAH. Los síntomas comunes de hipertiroidismo son temblor, nerviosismo que se presenta como hiperactividad y síntomas de actividad incrementada en el sistema nervioso autónomo (sudor y taquicardia). Durante el proceso diagnóstico, siempre se debe descartar el hipertiroidismo, porque además, éste esta contraindicado con el uso de estimulantes del SNC (ver tratamiento con metilfenidato).

Apnea del sueño. En general se aceptan que hay dos tipos de apnea: central y obstructiva. En la obstructiva, las paredes de la faringe se colapsan de manera repetida durante el sueño interrumpiendo el flujo de aire momentáneamente. En las apneas centrales, la apnea es provocada por una falta de inspiración en vez de la obstrucción de lo inspirado. No es un trastorno difícil de ser sospechado: el niño presenta ronquidos fuertes, pausas durante la respiración, durante el día se muestra somnoliento (como toda persona que ha dormido poco o mal por mucho tiempo), pueden comenzar a ganar peso, perder eficacia en la coordinación motora y presentar síntomas propios del TDAH como falta de atención. Aquí tampoco es difícil realizar un diagnóstico diferencial por medio de estudios de sueño.

Infecciones auditivas. Se ha asociado que un número importante de niños con TDAH tiene antecedentes de problemas infecciosos crónicos con fiebre alta durante los primeros años de vida (1 ó 2). Se desconoce la conexión específica y la manera en que estas infecciones (en general acompañadas de períodos de baja audición) participan en que posteriormente el niño presente dificultades propias del TDAH.

Trastornos del Movimiento. El síndrome de los pies inquietos puede provocar serios problemas durante el sueño y por ende, producir microdespertares (ver apnea del sueño). La realización de estudios de sueño puede ser muy útil para realizar el diagnóstico diferencial. Por otro lado, está la Corea de Sydenham que se produce por infección de estreptococos que puede pro-

ducir movimientos involuntarios de la cara y las extremidades. Esto puede confundirse con la hiperactividad muy difícilmente.

Sinusitis. Las sinusitis se deben a infecciones crónicas y pueden disminuir el flujo de aire a través de la cavidad nasal y resultar en algunos síntomas similares a los que produce la apnea, pero producido por una continua disminución de oxígeno. Claro está, se deberán tratar de sinusitis muy severas y rara vez puede pasarle por alto al médico pediatra realizar el tratamiento de la sinusitis.

Parasitosis. Las parasitosis, en especial la Giardia Lamblia provocan inquietud e hiperactividad en los niños, lo cual hace que también le resulte difícil concentrarse.

Trauma cerebral. Entendemos por trauma cerebral el posible daño en el cerebro verificado por un evento traumático que produce algún tipo de agresión al mismo y que se verifica con una alteración (disminución o pérdida) del estado de consciencia y no se debe trastornos degenerativos o congénitos. Muchos niños que han sufrido traumas cerebrales seguidos de pérdida de conocimiento presentan luego un historial de problemas de atención. Obviamente, después de un evento traumático de esta naturaleza pueden producirse problemas no solo ligados a la atención o la hiperactividad, sino a cualquier otro dominio cognitivo, perceptivo, sensorial o motor. En los casos que los síntomas de TDAH aparezcan en forma consecutiva a un trauma cerebral aunque no se pueda hallar lesión específica en un Resonador Magnético, quizás sería apropiado clasificarlo como TDAH No Especificado y/o aclarar que hay fundadas bases para pensar que no es un TDAH idiopático (ver Glosario).

Epilepsias. Las epilepsias pueden producir síntomas similares al TDAH o que se pueden confundir con el por dos motivos. El primero es porque casi todas las medicaciones que se usan en el tratamiento de la epilepsia pueden alterar el funcionamiento cognitivo del niño, fundamentalmente, aumentando su

desatención. El segundo por el efecto mismo de algunas variedades de epilepsia. En términos generales el diagnóstico diferencial no debería presentar dificultades ya que los síntomas epilépticos y su presentación en los electroencefalogramas es muy clara. Suele haber cierta controversia cuando no existe una epilepsia con episodios declarados y los electroencefalogramas (EEG) muestran actividad perturbada que no es francamente epiléptica. En la mayoría de los casos los neurólogos aconsejan no intervenir y efectuar un seguimiento; mientras se trata al niño "como si tuviera TDAH", en especial si se ha decidido no medicarlo.

Intoxicaciones con plomo y metales pesados. Los cuadros de intoxicación con plomo pueden mimetizar un TDAH en ciertos casos. Por suerte, desde que se han eliminado las pinturas y combustibles con plomo, es cada vez más difícil encontrar niños que presenten estos síntomas en función de tales causas. Si el paciente viviera en una zona de riesgo por un algún factor de contaminación ambiental, podría ser oportuno indagar el tema.

Diagnósticos Diferenciales y/o asociaciones con condiciones psicopatológicas

Como muestra el gráfico siguiente existen comorbilidades muy frecuentes entre el TDAH y otros trastornos. El profesional no debe pensar que el paciente tiene solamente TDAH, la mayoría de las veces debe buscar si no vino con uno o dos "amiguitos" (trastornos comórbidos).

Claro está, que algunos de estos trastornos también pueden presentarse con una severidad tal que muchas veces producen síntomas muy similares a los del TDAH, así que hay que hacer el diagnóstico diferencial: ¿Tiene TDAH o "x" otro trastorno?

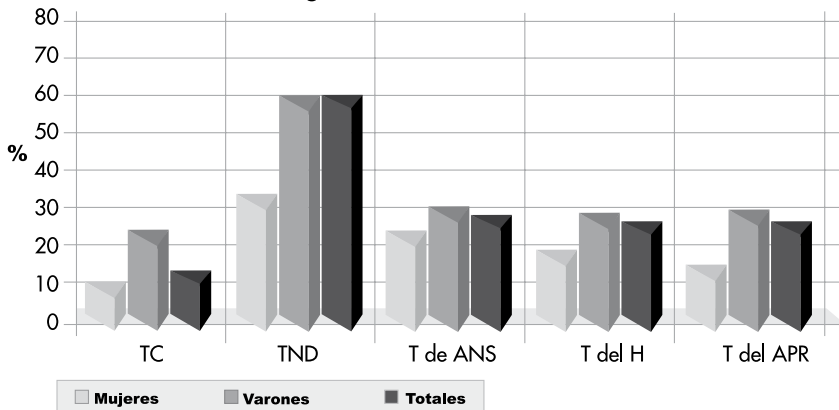
- ☺ Trastornos de Ansiedad.
- ☺ Trastornos del Humor.

- ☺ Trastorno de la adaptación.
- ☺ Trastornos de Aprendizaje.
- ☺ Retardo Mental.
- ☺ Trastorno de Conducta.
- ☺ Trastorno Negativista Desafiante.

Trastornos de Ansiedad. Los trastornos de ansiedad, en es especial el Trastorno de Ansiedad Generalizada (preocupación excesiva que produce un estado de aprehensión constante) puede resultar en que el niño tengo excesiva actividad (agitación), problemas para concentrarse y atender. Por otro lado, un niño que es está preocupado pensando, por ejemplo, si su padre va a perder el trabajo y las miserias que eso puede traerle a la familia (esto ocurre aún sin gran base real en un niño con este trastorno) puede parecernos que está en un periodo de ensoñación (o que sueña despierto) como en verdad pasa con los niños con TDAH de predominio de problemas atencionales. Obviamente, el diagnóstico diferencial se hace con facilidad a través de un interrogatorio directo al niño sobre sus estados de ansiedad y preocupación (es clave interrogar al niño, muchas veces los padres no saben hasta donde el niño está consumido por preocupaciones, aunque lo ven nervioso). En ocasiones nos encontramos la comorbilidad, en estos casos, es común que el niño ansioso y con TDAH pueda disminuir sus síntomas de hiperactividad e impulsividad (por ello, no debe extrañar, que al mejorar el trastorno ansioso, un niño con ansiedad y TDAH se vuelva más hiperactivo e impulsivo). Otras formas de trastornos de ansiedad: ansiedad de separación, ansiedad social, fobias, el síndrome de estrés post traumático o trastornos obsesivos también pueden producir síntomas que deben diferenciarse del TDAH. Nuevamente, el interrogatorio de un experto facilita en mucho la cuestión ya que hay síntomas claves que permiten asegurarnos de que se trata de un trastorno y no de otro.

Trastornos del Humor. Básicamente aquí hay dos temas a tratar: las distimias o depresiones menores y el Trastorno Bipolar de la Infancia. Los pacientes deprimidos suelen presentar problemas atencionales en cualquier edad que se trate; en otros casos, hay cuadros de depresión con mucha agitación y en esos casos también puede parecer que el niño es hiperactivo, impulsivo e irritable.

TDAH: comorbilidades según diferentes trastornos



¡ IMPORTANTE !
No olvide que:

Trastornos de aprendizaje y problemas de rendimiento académico no son sinónimos.

En el caso del Trastorno Bipolar de la Infancia, el niño presenta gran hiperactividad, impulsividad, disminución del sueño y comportamiento temerario en grados a veces extremos. Obviamente, puede confundirse con TDAH de tipología combinada. Repito como terminé el párrafo anterior el clínico experto resolverá la cuestión con bastante facilidad realizando un interrogatorio.

Trastorno de la adaptación. Aquí se trata de un desajuste que está claramente vinculado a un factor de estrés conocido que produce una perturbación emocional y comportamental significativa. Los síntomas aparecen dentro de los tres meses posteriores a la aparición del factor de estrés. Este diagnóstico debería tomarse en cuenta cuando un niño reúne los requisitos de TDAH en la escuela pero no el hogar. La escuela o cierto tipo de inadecuación escolar podría ser el factor de estrés.

Trastornos de Aprendizaje. El gráfico anterior muestra que el grado de superposición entre el TDAH y los Trastornos de Aprendizaje es grande e incluso podría ser superior, si el criterio diagnóstico no hubiera sido tan estricto, como el que utilizaron los investigadores. No obstante, hay muchos casos en que el niño es traído a la consulta por presentar problemas de atención y verdad lo que tiene es un desajuste con su realidad académica debido a un trastorno de aprendizaje. Por ejemplo, muchos niños disléxicos y disgráficos no pueden seguir el ritmo de las clases, etc. Por ejemplo, un adolescente de 16 años que lee cinco veces más lento que el resto de sus compañeros y que además comete errores en la lectura que lo llevan a comprender de manera inapropiada el material. También ocurre muchas veces lo opuesto, niños que presentan retrasos académicos por serios problemas atencionales son catalogados como teniendo “trastornos de aprendizaje”, por suerte, en estos casos, la mejoría es rápida al aplicarse el tratamiento indicado para el TDAH.

Retardo Mental. Hablamos de retardo mental, para decirlo de manera simple, cuando un niño tiene menos de 70 de coeficiente intelectual en una prueba estandarizada de inteligencia, a la vez cursa con algunas deficiencias adaptativas y se puede rastrear que el patrón de desarrollo no fue el apropiado con anterioridad a los 18 meses de vida. Aquí hay dos criterios si además el niño presenta síntomas de TDAH. Uno es hacer solo el diagnóstico de TDAH y otro, evaluar si el niño presenta los síntomas, por ejemplo de desatención, cuando toda la situación cognitiva está configura con respeto a su edad mental. En este último caso, debería diagnosticarse la comorbilidad. Aunque normalmente el autor de estas líneas sigue el

- Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Conducta -

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento como los que siguen, al menos tres durante los últimos 12 meses y por lo menos uno durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

- (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
- (2) a menudo inicia peleas físicas
- (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- (4) ha manifestado crueldad física con personas
- (5) ha manifestado crueldad física con animales
- (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
- (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

- (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

- (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tíma» a otros)
- (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

- (13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
- (14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
- (15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

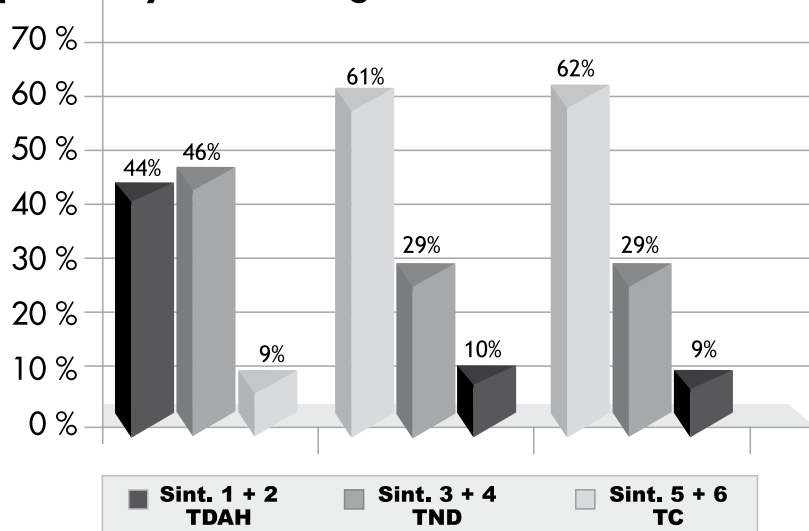
Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características.

último criterio, es necesario aclarar, de que hay que estar perfectamente seguro que se ha creado un ambiente con desafíos cognitivos realmente apropiados y en una situación igualmente tranquilizadora. En respaldo de esta opinión, está el hecho de que hay estudios controlados que muestran la eficacia del uso de fármacos para el tratamiento del TDAH en casos como estos, cuando la selección ha sido hecha de manera correcta.

Trastorno de Conducta. Hemos separado el Trastorno de Conducta y el Trastorno

Negativista Desafiante (igual que el cuadro precedente) porque aún cuando se asocian con frecuencia y los niños que comienzan con trastorno oposicionista pueden desarrollar fácilmente trastornos de conducta, también es cierto, que un buen número se normalizan o bien continúan siendo solo oposicionistas. Al estudiar la evolución veremos que un indicador de pronóstico más difícil es la comorbilidad entre el TDAH y estos trastornos, por consiguiente, es una tarea de primer orden no obviar estos di-

Porcentaje de síntomas por orden de preocupación parental y cuadro diagnóstico



SINTOMAS MAS FRECUENTES (POBLACION HISPANA)		
Región	Más frecuente como n° 1	Más frecuente en la muestra total
USA MICHIGAN	Desafía activamente a los adultos o se niega a cumplir sus demandas (TND)	Pierde el control e incurre en pataletas (TND)
USA PENNSILVANIA	Desafía activamente a los adultos o se niega a cumplir sus demandas (TND)	Pierde el control e incurre en pataletas (TND)
MEXICO	Pierde el control e incurre en pataletas (TND)	Desafía activamente a los adultos o se niega a cumplir sus demandas (TND)
ARGENTINA	Pierde el control e incurre en pataletas (TND)	Le disgusta, evita o está renuente a llevar a cabo tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido (TDAH/inatención) Constesta abruptamente antes de que otros terminen

- Criterios para el diagnóstico de Trastorno negativista desafiante -

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

- (1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
- (2) a menudo discute con adultos
- (3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
- (4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas
- (5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- (6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
- (7) a menudo es colérico y resentido
- (8) a menudo es rencoroso o vengativo

Nota. Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

agnósticos desde el inicio y en la medida de lo posible, intervenir de manera precoz.

El diagnóstico diferencial no debería presentar grandes dificultades.

Trastorno Negativista Desafiante. De los trastornos disruptivos del comportamiento es el más frecuente en los niños con TDAH (puede llegar al 60% de los casos), al grado que suele ser una de las principales fuentes de preocupación de los padres que consultan, cuando se trata de una comorbilidad. Esto es así, al grado de que en una investigación realizada entre colegas de Argentina, Estados y México nosotros hallamos que los padres de niños con TDAH en general se quejan fuertemente de los síntomas de Oposicionismo.

Les presentaré un cuadro en que aparecen agrupados los resultados totales (se incluyen los datos de la Argentina realizados por la Fundación TDAH). Los padres que tenían niños con TDAH, llenaron un cuestionario con posibles síntomas de TND y TC y luego se les pidió que pusieran en orden del primero al sexto los síntomas, según el grado de perturbación y preocupación que les ocasionaba. Como verán, el 46% de los padres (en el caso que sumáramos los síntomas elegidos en primer y segundo lugar colocaron síntomas de TND aunque el diagnóstico de su hijo era el de TDAH. Esto demuestra, que cuando un niño tiene TDAH y síntomas de TND, los padres en general estarán muy preocupados por estas conductas y es muy probable, que en la escuela ocurra algo similar.

El cuadro siguiente muestra que aún en casos de niños con TDAH argentinos, el síntoma número uno de preocupación que fue más elegido fue "pierde el control e incurre en pataletas" que es propio del TND pero que como vimos, hace referencia a que muchos niños con TDAH también presentan problemas para la regulación el tono emocional.

Los padres deben comprender que se tratan de dos diagnósticos diferentes y que tienen en buena medida tratamientos diferentes. Los niños oposicionistas en general obtienen una mejoría muy significativa con tratamientos psicosociales y en especial, aún en niños muy pequeños, se benefician con el entrenamiento de habilidades parentales.

o Preguntas y Respuestas

¿Es fácil diferenciar a un niño oposicionista de un niño con TDAH?

En verdad sí. El niño oposicionista no tiene porqué presentar síntomas de hiperactividad ni de desatención. Comparten cierta tendencia a tener un temperamento difícil, pero la revisión de la historia completa facilita el diagnóstico.

¿Es frecuente que un niño cuyos padres se divorcian o presentan fuertes desarreglos maritales pueda perturbarse al grado de presentar los síntomas de TDAH?

Un matrimonio altamente disfuncional que no logra proteger a los niños de los conflictos maritales y/o un divorcio difícil pueden convertirse en un serio desafío para la capacidad de adaptación de un niño. En esos casos presentará síntomas propios de un trastorno desadaptativo y/o de depresión, en esos contextos, el cuadro podría "imitar" un TDAH sin serlo. No obstante, el profesional tendrá dos bases importantes para el diagnóstico diferencial: a. estudiar la historia del niño para ver si presentaba síntomas desde antes que el matrimonio entrara en crisis profunda y b. evaluar los síntomas del niño en contextos estructurados no estresantes.

En ocasiones es difícil saber si el niño tiene o no TDAH además de la depresión y/o el trastorno desadaptativo, pero las repercusiones del problema se limitan si comprendemos que se debe intervenir rápidamente sobre los factores de estrés y la depresión; pero sin descartar volver a evaluar el caso periódicamente para determinar si el niño sigue o no con síntomas relevantes de TDAH.

10 | Evolución del TDAH

Por tratarse de un trastorno heterogéneo siempre es difícil anticipar el curso que habrá de tener.

- El primer año -

Durante el primer año de vida los niños con TDAH no presentan característica alguna que permita afirmar que va a ser diagnosticado bajo el rótulo de TDAH años después. Sin embargo, años más tarde, una vez concretado el diagnóstico, al examinar su historia, se encuentran algunos hechos con mayor frecuencia que en los niños sin TDAH. Por ejemplo, no fue fácil establecer horarios para dormir o comer, parecieron estar muy alertas, impresionaron como si padecieran frecuentes "cólicos", y acostumbraron a ser muy activos desde el momento en comenzaron a gatear o incluso antes. No pocos padres los describieron como difíciles de confortar y tercos. Fueron de "bebés difíciles" antes de ser "niños difíciles". Creemos que estas descripciones sólo son válidas para un porcentaje de aquellos en los que predominarán luego los síntomas de hiperactividad-impulsividad. Ese porcentaje

Un número de niños con TDAH ya de bebés pueden ser caracterizados como "defensivos sensoriales": por ejemplo, los es-



tímulos sensoriales los molestan fácilmente, especialmente los táctiles y auditivos.

Por ejemplo, algunos padres descubrieron que ciertas texturas molestaron a sus hijos de bebés y tuvieron la sabiduría de eliminarlas de su ajuar.

Sin embargo, Pedro, del que hablamos en antes, fue inquieto desde antes de nacer, la madre recuerda cómo se movía en su vientre al grado que le dificultaba descansar y dormir durante los últimos meses del embarazo: manoteaba y pateaba en exceso.

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

El TDAH tiene un componente familiar importante, sin embargo no se puede saber con seguridad si un bebé va ser diagnosticado durante la segunda infancia.

Luego fue un bebé adorable salvo que no parecía posible establecer ninguna pauta regular de sueño, lo cual convirtió por años el momento de ir a la cama en una secuencia molesta y, si bien pudo ser alimentado durante 7 meses con leche materna, también fue imposible establecer la menor rutina. El gateo puso de manifiesto que no sería fácil el futuro: se movía de un lugar a otro con velocidad y quería tocarlo todo, a los 11 meses caminaba bien y a los 12 celebró su primer año corriendo de un lugar al otro de la casa. Sentado en su mesa comía bien, pero cuando no le gustaba el alimento lo tiraba con gesto de disgusto y casi sin previo aviso. Lógicamente, en estas edades no es posible hacer diagnósticos, pero los padres deben recibir instrucciones de cómo tratar a un bebé difícil.

Del primer al tercer año

Una vez que comienzan a caminar los problemas de los niños con TDAH combinado

o predominio de síntomas de hiperactividad suelen hacerse cada vez más claros. Un niño menor de 3 años es naturalmente impulsivo y así será, aunque en menor grado hasta los 6 años. Ocurre que una parte muy importante del cerebro aun está madurando a gran velocidad y haciendo un buen esfuerzo, no estará en condiciones "mediocres" de funcionamiento hasta los tres años y "aceptables" hasta los seis años. Por eso, durante estos períodos, no se deben hacer diagnósticos sino inventariar "sospechas" de TDAH aún cuando el niño sea "medio terremoto". Los síntomas que predominan después que el niño ha comenzado a caminar (es decir, entre el primer y el tercer año de vida) se vinculan con la hiperactividad y la impulsividad.: inquietud, correr o trepar en exceso, explorar tocando incansablemente todo, tirarse al piso, retorcerse en los asientos y jugar de una manera arriesgada.

También, es estadísticamente más frecuente que demoren en el aprendizaje del control de esfínteres y de hábitos higiénicos vinculados con la toilette, hecho que debería ocurrir antes de cumplir los tres años. Si bien algunos tardan más tiempo en lograr un control apropiado, otros, sufren de frecuentes "accidentes" que se vinculan con que no se dan tiempo para interrumpir sus juegos a pesar de que perciben la necesidad urgente de orinar o defecar (en especial de defecar: provocando el cuadro de encopresis ("se hace encima" o se "ensucia en los pantalones").

La inatención no se observa tan claramente como será en años posteriores, en gran medida porque el niño no enfrenta esfuerzos cognitivos en contextos estructurados y por tiempos prolongados. Sí puede comenzar a observarse que tienen dificultades para entretenerse o jugar solos, aún por pequeños espacios de tiempo y que su interés es volátil, saltando de un objeto a otro. Los padres dirán de los niños en los que serán importante los rasgos de hiperactividad que requerían mucha atención y casi

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

La encopresis es común en los niños con TDAH que tienen a su vez TND (la constipación es un diagnóstico diferencial a ser considerado en primer lugar a cualquier diagnóstico psicológico).

no podían jugar solos, en cuanto a los que tendrán cuadros con predominio de inatención, el comentario parental será que eran tranquilos, ensimismados y que podían estar

una hora jugando con un mismo juguete o explorando un objeto.

La dificultad para seguir reglas se observa también desde temprano, obviamente, comparando con niños de la misma edad, inteligencia y desarrollo general. Por ejemplo, aún en presencia de los padres, tienen dificultades para esperar, para no tocar las cosas que tienen prohibidas o bien, para no hacer algo que saben que no deben hacer. Hacemos la aclaración “en presencia de los padres” porque sabemos que un niño de menos de 4 años no respeta una regla si no es presencia de una figura de autoridad.

Desde la perspectiva emocional, muchos ya evidencian ser hiperreactivos, mal humorados o de humor variable; se frustran con facilidad, requiriendo una satisfacción muy rápida de sus necesidades; caprichosos y con tendencia a realizar berrinches interminables. En los niños con TDAH que luego recibirán un diagnóstico con predominio de síntomas de hiperactividad-impulsividad o tipología combinada, los berrinches pueden no sólo intensos sino difíciles de acotar. También es fácil de observar que los tiempos de espera están acortados: se impacientan fácilmente al hacer la cola en cines, teatros o supermercados y se fastidian fácilmente en viajes aún cortos.

Los padres con un niño que presente un número importante de estas características se sentirán abrumados, desalentados e, incluso incompetentes. Es muy frustrante y estresante no conseguir que el niño se alimente, duerma o se calme más o menos normalmente. Las horas de comer y dormir, salir a lugares dónde haya otras personas (aún niños), viajar en medios de transporte o ir de compras con ellos puede ser una verdadera pesadilla. En ocasiones esto lleva a no que no puedan visitar a otros amigos o familiares, en especial si el niño es agresivo o golpeador.

La pareja conyugal se ve afectada ya que las preocupaciones parentales con no poca frecuencia enfrentan a los padres por discrepancias en los criterios educativos o bien, porque los deja con muy poco espacio y tiempo para la intimidad, por ejemplo, tienen pocas posibilidades de salir solos ya que no es grato encontrar personas que cuiden sus hijos.

Si los padres tienen otros niños sin TDAH, se dan cuenta rápidamente que algo está fuera de lugar y sienten que todo lo que saben sobre cómo criar a un niño no funciona. Los hermanos reaccionan en forma negativa, se enojan con sus padres, por no disciplinarlo apropiadamente y la relación con ellos también se deteriora rápidamente. No es extraño un niño sin TDAH le diga a los padres: “... a mí me exigen que haga

todo bien pero a él ...” o bien “... siempre tengo que tenerle paciencia ...”, etcétera. Recordemos que carecemos de criterios válidos para diagnosticar en niños menores de tres años (es decir, no resulta fácil diferenciar a un niño con TDAH de otros niños problemáticos). Sin embargo un estudio detallado permite presumir que la situación no es normal (fíjese que ex profeso, se evita utilizar término alusivo a alguna enfermedad o trastorno) y esto es útil para asesorar a los padres sobre cómo criar al niño, cómo elegir el Jardín de Infantes y asesorar a los docentes.

Por otro lado, en esas edades las opciones farmacológicas no están recomendadas, por lo que las mejores intervenciones deben provenir de actuar sobre el medio social del niño: padres y escuela; a no ser que éstas hayan sido ineficaces y el comportamiento del niño lo ponga en riesgo (excesivo comportamiento temerario, por ejemplo). El comportamiento del niño debe estar sometido a un adecuado escrutinio durante los años siguientes.



es espectacular, por consiguiente, aquellos niños que no van adquiriendo una “una buena dirección y mejores frenos” serán vistos cada vez más como diferentes, en especial entre los 4 y 5 años.

Comienza el proceso de educación y socialización en un ambiente estructurado que no es el hogar. Las dificultades para vincularse con otros niños, seguir reglas (no pegar como primera respuesta, efectuar las actividades en un orden y momento determinado y no interferir en el trabajo de otros niños), tolerar frustraciones y demoras sin malhumorarse o hacer un berrinche y disfrutar de juegos tranquilos ocuparán un lugar importante de las quejas que recibirán los padres y el niño mismo.

Juan comenzó Jardín de Infantes con efímero entusiasmo. Estaba deseoso de ir y disfrutó en las visitas previas a la institución, pero tuvo problemas de adaptación y, en fin, le costó separarse de la madre. Pronto, ella tuvo que volver, pero para recibir la notificación de que era muy agresivo, que no seguía instrucciones, que no podía atender mientras se leían y dramatizaban cuentos, que era difícil manejarlo a la hora de la comida y que deambulaba por todo el jardín en los momentos que debía descansar en la colchoneta.

Aunque como hemos señalado no todos los niños con TDAH son agresivos, debe aceptarse que un número importante de ellos sí lo son y en una intensidad que supera a los niños sin TDAH, así es que si los padres no se habían preocupado por esto hasta el momento, se verán obligados a hacerlo en función de las demandas que recibirán. Es probable que los padres puedan desestimar las quejas escolares tanto por cierta reticencia a aceptar ciertos problemas o bien, porque las quejas provenientes de la escuela no “cuadran” con lo que ellos ven el hogar: dado que no tienen que interactuar con iguales, tienen dedicación exclusiva de padres y/o otros cuidadores, o bien, juegos electrónicos y televisión sin límite, así es que todo puede parecer “normal”. Los maestros y directivos de las escuelas comienzan a tomar medidas disciplinarias, la más frecuente es la remoción del niño del aula. Ésta es una técnica es un castigo utilizable sólo con reservas, mediante un cuidadoso procedimiento y siguiendo un criterio prudente: cuánto menos mejor; no sólo para no perder eficacia punitiva, sino para no reforzar la disconducia ni hacer



¡ IMPORTANTE ! No olvide que:

No dispones de buenos criterios diagnósticos para niños menores de 3 o menos años. Por ende, se debe ser muy cauto con el diagnóstico en esos casos y proceder sólo cuando el niño sea un riesgo para sí mismo y los demás.

Del cuarto al sexto año

El inicio de la educación formal hace que los síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención se conviertan progresivamente en observables, en especial en el ámbito escolar, además, la mayor involuación tanto del niño como de los padres con otros niños enriquece la perspectiva de éstos sobre qué es normal y qué no lo es. Como de costumbre, el grupo de síntomas ligados a la inatención, puede ser el más difícil de escrutar y en el caso de los niños con predominio inatento y capacidades cognitivas superiores, puede pasar desapercibido durante estos años. Sin embargo, también es cierto, que el desarrollo neurobiológico de los procesos de inhibición entre los tres y seis años



¡ IMPORTANTE !
No olvide que:

El niño de 5 años que no ha logrado adaptarse a los requerimientos básicos del Ciclo Inicial (preescolar) tiene un mal pronóstico de rendimiento académico y comportamental al iniciar el EGB (primaria).

sentir al niño rechazado, no valioso o no querido.

Los padres quieren que el niño vaya a la escuela: es un alivio, necesitan descansar del terremoto que tienen en casa y que es capaz de agotar a cualquiera. Sin embargo, esto se consigue sólo parcialmente, como vimos en el caso de Juan: comienzan a llegar las quejas y las presiones "para que hagan algo", para que pongan al niño en tratamiento con la subsiguiente necesidad de asumir que los problemas no son pasajeros, que habrá que invertir tiempo y dinero y, lamentablemente, dado el estado de las cosas, sin demasiadas seguridades.

La sensación de frustración y la percepción de los padres de su propia falta de eficacia suele incrementarse: comienzan a llover los problemas pero también las críticas directas o veladas de familiares, de amigos, de los padres de otros niños y de los docentes.

El vínculo marital puede afectarse aún más ya que las dificultades para lograr del niño un comportamiento apropiado pueden enfrentar a los padres: las madres suelen quejarse de que sus esposos las critican demasiado y que no se involucran lo suficiente en las crianzas y los padres se defienden expresando que a ellas les falta carácter ya que, después de todo, con ellos tienden a portarse un poco mejor. Incluso, si se trata de un matrimonio tradicional y machista, el marido asume que si el niño se porta mal es porque la madre no hace bien su trabajo y la madre, más allá de sus defensas públicas, tiende a pensar lo mismo, desvalorizándose.

Ya vimos que los hermanos pueden sentirse afectados y enojarse con los padres por no disciplinar a su hermano con TDAH, o al menos, por el hecho de que los padres no consiguen que él no los moleste. Durante este periodo todo esto se hace más evidente e incluso, según el estilo que les sea característico, pueden comenzar a quejarse de la diferencia de dedicación que tienen los padres con ellos y con el hermano. Ocasionalmente, surge una derivación patológica: desarrollan algún problema con el que consiguen que los padres se ocupen más de ellos. Por otro lado, comienzan a aprovechar el comportamiento disruptivo del hermano para disimular sus propias disconductas, así es que el niño con TDAH, progresivamente, puede convertirse en chivo emisario de las culpas propias de sus hermanos.

La familia de los niños con TDAH (subtipo agresivo) puede ver incrementarse durante este período el aislamiento social y familiar. No son pocos los casos que hasta las abuelas minimizan el contacto sus nietos.

De los 6 a los 12 años

Cualquier duda existente en torno a la cuestión diagnóstica se habrá de disipar rápidamente con el inicio de la enseñanza formal de la lectura, escritura y aritmética que va acompañado de un cambio significativo de estructuración escolar.

Estructuración significa comportamiento regulado por normas, éstas establecen procedimientos ordenados de qué se debe hacer, cómo y cuándo. No se trata de hacer lo que uno quiera sino lo que se debe y en el momento en que corresponde, así es que el incremento del nivel de estructuración permite observar la amplia gama de síntomas del TDAH que hemos desarrollado ya en las primeras páginas.

En el caso de los niños con predominio de síntomas de inatención que no habían tenido grandes dificultades hasta los 5 años inclusive, la escuela primaria implica un cambio que se concentra en la cuestión del aprendizaje. Sin embargo, la cuestión de las habilidades cognitivas cumple un rol relevante en esta cuestión. Si en el niño predomina la inatención, pero tiene unas capacidades cognitivas superiores es prob-

able que las dificultades demoren en hacerse muy notorias hasta los 9 o 10 años.

En el caso Juan no fue así, si bien la maestra de su primer grado no tenía ninguna duda de la capacidad del niño para afrontar ciertas tareas, desde el principio fue evidente que el salón de clase con todos sus alumnos, estímulos y exigencias eran demasiado para él. Deambulaba en exceso, no prestaba atención cuando se instruía sobre ac-

¡ IMPORTANTE !
No olvide que:

Solamente el 25% de los niños con TDAH logran llegar a la adolescencia con una remisión de síntomas. Los síntomas de desatención e impulsividad suelen ser fuente de problemas más allá de los 12 años.

tividades o normas, no completaba aún las tareas más simples y fallaba en darle a su cuaderno el más elemental orden.

A las posibles dificultades comportamentales, en los niños con TDAH con predominio de hiperactividad y/o de tipología combinada, ya señaladas, se agrega no sólo la presión del rendimiento académico, sino la posibilidad de no tener desempeños acordes con el resto de los niños de la misma edad. Así es que ya sea que aparezcan auténticos trastornos de aprendizaje o simples problemas de rendimiento, el niño siente que fracasa donde otros tienen éxito y la autoestima de ellos sufre un nuevo impacto.

Estos años también marcan de manera más evidente las dificultades en el plano social. El déficit en la resolución de problemas interpersonales, la dificultad para participar en situaciones grupales en forma no perturbadora, los inconvenientes para moderar la tendencia al liderazgo en situaciones sociales (es decir, querer mandar, hacer siempre lo que él quiere y/o jugar sólo al juego que él eligió), la poca tolerancia a la frustración y el poco eficiente control de los impulsos terminan imposibilitando una normal adaptación social.

Por una cuestión u otra, el niño con TDAH empieza a manifestar cada vez menos interés por las cuestiones escolares, puede resultar difícil que encuentre algún placer en aprender y, muy frecuentemente, rechaza ir a la escuela. Las tareas para el hogar y el completar en la casa las actividades que se dejaron incompletas en aula agregan presión a la relación con los padres, si algo se necesitaba para complicar la situación.



Como estamos ilustrando un lapso temporal grande (de seis a doce años) ustedes deben pensar que los problemas van a ser directamente proporcionales a las exigencias académicas y de regulación estructural, de hecho un número importante de niños con TDAH, aún siendo de buen nivel intelectual, repiten algún grado antes de llegar a los 12 años y en un 30% de los casos, entre los 9 y 12 años, ya se puede diagnosticar otro trastorno disruptivo del comportamiento en comorbilidad.

Durante este período los padres asumen definitivamente que tienen un niño “en” problemas: los dos primeros años de la escuela primaria marcan el grueso de las admisiones en los centros de atención.

La relación con los hermanos, seguramente ha continuado deteriorándose, se complica con agresiones, celos y las explosiones de ira que pueden abundar.

Dado que este es el período en que más tratamientos se inician, también es el comienzo de una esperanza para estos padres y muchos de ellos se sienten aliviados cuando se hace el diagnóstico y se indica el tratamiento.

De los 12 a los 17 años

Contrariamente a una opinión falsamente extendida, la adolescencia no es el punto final del TDAH. Sin embargo, por un lado, la maduración del sistema nervioso central continúa y las enseñanzas de la vida consiguen resultados. Veremos los cambios evolutivos, pero debemos considerar que al menos el 75% de los niños con TDAH diagnosticado antes de los 12 años volverían a recibir tal diagnóstico si fueran evaluados nuevamente de manera eficiente entre los 12 y 18 años.

Entre los 12 y 13 años, se producen cambios significativos en todos los ámbitos de la vida. La escuela se modifica en el nivel de estructuración, en el número de materias y de docentes. También aumenta la distancia interpersonal docente alumno: en verdad la interpenetración entre todos los miembros de la comunidad educativa disminuye. Finalmente, se incrementa la cantidad de trabajo escolar a ser realizado en el hogar, la extensión del mismo y el grado abstracción requerido.

Además se incrementan los procesos de desarrollo puberal que conducen a la adolescencia. El púber enfrenta renovadas exigencias externas e internas, que lo conducen a afrontar desde cambios en su cuerpo a la manera en que participa de la vida familiar y social. Esto es válido para todos los adolescentes, obviamente, para aquellos que veníamos describiendo en los términos del DSM-IV las dificultades pueden acentuarse.

El niño con TDAH entra así a la pubertad y luego a la adolescencia con viejos problemas que “mudan de aspecto” y a la vez con exigencias renovadas. ¿Qué ha de pasarle? La respuesta depende mucho de las comorbilidades presentes y del grado de soporte familiar y social. Es verdaderamente difícil realizar predicciones.

Veamos algunas posibilidades.

Si predominaba la inatención en un contexto de inteligencia superior al promedio y que por tener habilidades intelectuales superiores habían logrado avanzar en el proceso escolar sin dificultades llamativas, pueden experimentar el fracaso escolar por primera vez y ser llevados a la consulta. Dentro del mismo subtipo inatento, aquellos que ya estaban en problemas, los ven agravarse. Unos y otros responden con sentimientos de falta de adecuación, disminución de la autoestima, ansiedad y depresión. Los niños de características introvertidas se “irán metiendo cada vez más adentro” y tenderán a aislarse y participar menos de las actividades propias de la edad.

Si eran situaciones de las descritas para el TDAH de tipología combinada o con predominio de síntomas de hiperactividad, es probable que las manifestaciones motoras disminuyan para ser substituidas por una sensación de desasosiego interno pronunciado (impaciencia, sensación de estar atrapado, que los recreos no llegan nunca), aunque aún se retuerzan en su asiento, llamen en exceso la atención y se conviertan en el “payaso” y/o “tonto” de la clase. La impulsividad los hará hacer y decir lo que muchos contendrán y callarán. En esta etapa el púber y/o adolescente con TDAH se puede volver, en especial si venía arrastrando problemas de conducta y de oposición sin resolver, francamente desafiante de las reglas y autoridad.

Las dificultades académicas se profundizan: comienzan las repeticiones de año, la evitación o desgano a ir a la escuela puede llegar al paso intermedio de faltar sin permiso e incluso al abandono, especialmente después de dos años de fracaso escolar. Muchos de estos adolescentes se vuelven más periféricos de su sistema familiar, de las instituciones educativas y de los ado-

lescentes “que se mantienen en carrera”. Al decir “periféricos” queremos significar que van perdiendo protagonismo dentro sus sistemas naturales que los exponen a situaciones de futura marginalidad.

Los púberes y adolescentes con problemas de sobre enfoque aún pueden pasar bastante desapercibidos durante este período, hecho que cambiará con el inicio de la juventud; aún pueden estar bastante tiempo realizando actividades de juego e incluso de estudio por tiempos prolongados si son realmente placenteras y, al menos, por el período de tiempo en que no se frustran seriamente y presentar desempeños escolares buenos en las materias que se vinculan con sus gustos (en especial computación) pero tendrán problemas significativos para completar el trabajo en otras áreas y en su vida social.

Los padres durante este período cambian profundamente sus expectativas hacia sus hijos: ya no esperan tanto de ellos y en algún sentido se puede decir que “bajan la guardia”. Los niveles de frustración del sistema parental suelen ser tan altos como las dificultades con las que el adolescente los pondrá a prueba.

Si las dificultades del niño no se han encaminado durante la segunda infancia, la llegada de la pubertad y la adolescencia enfrentará a la familia no sólo con los problemas conocidos. El púber y el adolescente viven un mundo más complejo y demandante, y a la vez, menos familiar, menos controlado y por ende más amplio; con el subsiguiente incremento de la tensión.

Durante este período muchos padres sienten que están perdiendo el poco control que tenían “sobre el niño” y los hasta entonces fantasmas del futuro se convierten en interrogantes presentes: “¿Cómo hará para estudiar sin nuestra ayuda?”, “¿Por cuánto tiempo más tendremos algún control sobre él?”, “¿Si sigue acumulando fracasos que hará cuando sea grande?”, “¿Qué pasará con las malas compañías?”, “¿Tendrá problemas con la ley?” y la siempre presente interrogante “¿Es probable que consuma drogas?”

En el caso de los adolescentes, especialmente en las que existe un fuerte comportamiento impulsivo, el eventual comienzo de la vida sexual es visto con mucha preocupación por los padres.

El adolescente con TDAH no es solamente una fuente extra de stress para sus familiares, sino que fácilmente se convierte, en “chivo emisario” o “cabeza de turco” de las interacciones poco funcionales de los medios en que se mueve, incluyendo el hogar. Durante este período, muchos padres aumentan la distancia interpersonal con su hijo, con lo cual el vínculo comienza a tener



el formato de un acordeón: el padre se distancia hasta que ocurre algo "tremendo", entonces sobreinvolucra (según su propio estilo: con furia, con angustia, con sobreprotección, con hipercontrol, etcétera...) hasta que la crisis termina (o sólo hasta que hay algún indicio esperanzador) y entonces el padre vuelve a tomar distancia. Es un círculo vicioso disfuncional muy común. La relación con los hermanos durante este período seguirá, dependiendo del nivel de agresividad del joven con TDAH, una pauta de fuerte incremento de la violencia: las peleas entre los hermanos pueden volverse físicamente peligrosas.

Los hermanos menores se atreven a enfrentarlo y los mayores, que quizás habían sido mantenidos relativamente al margen, comienzan a intervenir, tratando de ocupar el lugar del padre que se encuentra en el trabajo y apoyando a la madre.

Los hermanos se vuelven críticos de sus padres: los acusan de ser "blandos" y de dejarse manipular por el joven con TDAH y éste, acusa a los padres de tener preferencias por los hermanos. Ambos "bandos" tienen descriptivamente razón: es probable que los padres sean inconsistentes, por ejemplo, si tienen que pedirle algo a un hijo se lo pedirán al que no tiene TDAH (para evitar un altercado) pero a la vez, tenderán a evitar a este último, confiando y disfrutando más de la relación con sus hijos sin TDAH. De una forma u otra, durante este período el púber y/o adolescente con TDAH se tiende a aislar y a involucrar más con el grupo de pares aumentando la posibilidad de formar "bandas" o "barras", realizar faltas menores y comenzar con el abuso de alcohol y drogas. En el caso de los niños sobre enfocados el aislamiento puede crear un fanático de los juegos de video y adicto a la computadora: actividades menos peligrosas pero que no mejoran sus habilidades sociales y emocionales necesarias para un desarrollo normal.

Los padres que han estado luchando con estos problemas durante más de 15 años pueden haberse fortificado en la adversidad, en especial si han sido buenos "socios", sin embargo, es habitual que la relación se haya enfriado y si el divorcio no se ha considerado, la relación se haya vuelto más distante. En general la madre sigue involucrada y el padre se vuelve más periférico, como si el joven fuera un problema de la madre. Este hecho es común en familias que han afrontado con poco éxito un factor de stress crónico y no solamente en aquellas con un hijo con diagnóstico de TDAH.

La vida adulta

El niño con TDAH convertido en adulto

presentará las siguientes características:

- ☺ Inquietud, nerviosismo y movimientos en formas rítmicas (movimientos de péndulo en las piernas, golpeteos, etcétera). Rara vez se lo verá hiperactivo. Su hiperactividad será más visible como una falta de conformidad y cambio continuo de intereses. Frecuentemente cambia de estudios y/o de trabajos.
- ☺ Impulsividad en las reacciones. La mente como un calidoscopio. Esto conlleva a déficit en las habilidades de organización y planeamiento.
- ☺ Inatención en situaciones aburridas o poco excitantes. Ensueño e incluso sueño en esos contextos.
- ☺ Desorganización no sólo laboral, sino en la vida misma: comidas, horarios, etcétera.
- ☺ Dificultad para levantarse en la mañana a excepción de que algo importante y excitante lo espere. Todo se deja para después. Como contrapartida, dificultad para conciliar el sueño a la noche: tendencia a ser noctámbulo.
- ☺ Si tuvo Trastornos Específicos de Aprendizaje pueden observarse dificultades, especialmente en la lecto-escritura.
- ☺ Irritabilidad, mal humor, tormentas afectivas. Si fue un adolescente agresivo puede haber empeorado y ponerse violento en situaciones de frustración. Si fue un adolescente retraído, será un adulto con una vida social muy escasa.
- ☺ Inestable en las relaciones de pareja. Sin embargo, el lector deberá recordar el potencial de creatividad y energía que tienen las personas con TDAH. Si logran "domar" ciertos aspectos de su temperamento su vida puede depararles las mismas oportunidades que el resto de las personas.

o Preguntas y Respuestas

¿El TDAH es entonces un trastorno crónico?

Al menos el 50% de los adultos continuarán padeciéndolo. Eso quiere decir, que el 4% de la población adulta tiene problemas de atención y control de los impulsos ligados a claros antecedentes de TDAH en la infancia.

¿Los padres debemos sentirnos desalentados?

No. La verdad es que existen buenos tratamientos como veremos y no me refiero solo a medicamentos. Un resultado exitoso se construye con cambios en el comportamiento parental, con la elección apropiada de la escuela y/o cambios en los docentes, intervenciones pedagógicas y educacionales, etc. Lo que no podemos ocultar es que ser padre de un niño con TDAH es más difícil, pero en fin, ser padres nunca ha sido algo simple.



¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

El TDAH es un factor de riesgo para el desarrollo de complejas patologías en la vida adulta. La prevención radica en el tratamiento precoz.

¿Usted da mucho énfasis a los conflictos intrafamiliares?

Sí. La crianza de un niño con TDAH presenta dificultades específicas tanta en el área fraterna como conyugal. Por eso es que hemos dado un lugar relevante en la descripción de la evolución al tema. Es frecuente que en los tratamientos se centre la cuestión en exceso sobre el niño, hay que comprender que toda la familia debe ser el foco de nuestra intervención.

11 | El TDAH como factor de riesgo

En 1974 M. Gross y W. C. Wilson determinaron que el 75% de los pacientes que ingresaron a una clínica norteamericana podían ser incluidos en la conceptualización clínica que nos ocupa. Sabemos que esta cifra está "engordada" por una serie de casos neurológicos y psiquiátricos no detectados por los autores. En la República Argentina el Dr. Claudio Michanie evaluó tomando consultas consecutivas al servicio de psiquiatría infantil de un Hospital, que el 30% de los niños consultantes podían ser diagnosticados con TDAH. En general, todos los autores que han estudiado la evolución del TDAH concluyen que un TDAH severo en la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo de Trastorno de Personalidad Antisocial y Trastorno de Abuso de Drogas Psicoactivas

Desde la perspectiva de resultados educacionales y ocupacionales de los niños con TDAH se sabe más sobre el desempeño de las personas con TDAH durante su educación general básica y mucho menos



a lo largo del resto de la vida. Algunos estudios recientes demuestran que la sintomatología del TDAH se convierte en un fuerte impedimento para que el adulto con TDAH obtenga los mismos resultados académicos y laborales que el resto de la población. Esto ha confirmado un estudio reciente, en el que se estudió a niños con TDAH de inteligencia normal con un intervalo promedio de 17 años. El promedio tenía 24 años al momento en que fueron entrevistados clínicamente para efectuar el seguimiento. Los resultados fueron los siguientes:

- ☺ Los jóvenes habían alcanzado en promedio una escolaridad menor que la población control, en un promedio de 2 años,
- ☺ Los jóvenes tenían posiciones laborales menos encumbradas y/o remuneradas que la población de control.



☺ Estas dos desventajas no se podían adjudicar a la situación mental del sujeto, en el momento de su última evaluación.

El TDAH también es un factor de riesgo para otros trastornos de gran repercusión social. Un estudio³ desarrollado entre adolescentes (rango de edades entre 13 y 21 años) y adultos (rango de edades entre 18 y 23 años). Se estudiaron 89 personas con antecedentes de TDAH y 87 personas normales como grupo de control. Los resultados fueron los siguientes:

- ☺ Porcentajes de arrestos en el grupo de jóvenes: 45% versus 11%.
- ☺ Porcentajes de arrestos en el grupo de adultos: 21% versus 1%.

Por consiguiente, se concluyó que la asociación entre TDAH y problemas de conducta permite establecer predicciones estadísticas sobre la probabilidad de desarrollar problemas de criminalidad en la juventud y la adultez.

Es importante recalcar, que estos estudios tienen validez en especial para el caso del TDAH con tipología combinada que cursa en comorbilidad con Trastornos de Conducta y Trastorno Opositor Desafiante⁴. No se los debe aplicar a las otras tipologías de TDAH ni a la tipología combinada cuando están ausentes tales comorbilidades.

De hecho, el estudio de adolescentes con Trastorno de Conducta y Trastorno por

Abuso de Drogas Psicoactivas⁵ reveló una clara evolución hacia el desarrollo del Trastorno de Personalidad Antisocial como resultado de la conjunción de problemas de conducta y de drogas.

Por ende, la presencia del TDAH en tipología combinada actuaría como una circunstancia agravante más en el contexto de un proceso que tiene esa tendencia, aún en su ausencia.

o Preguntas y Respuestas

¿No es un panorama muy negro el que acaba de reseñar? Sí, así son las estadísticas. Lo importante que un padre debe preguntarse es ¿Cómo evito que esto le pase a mi hijo? Poniendo en marcha los tratamientos y cambios que hemos de recomendar. Un niño o adolescente no tratado, poco asistido o mal asistido enfrentará serios problemas y quedará a merced de sus propios lados fuertes (inteligencia, habilidades, fortaleza de otros vínculos, etc.).

¿Qué quiere decir con “pobremente tratado”? Hago referencia a los tratamientos “únicos”. En los casos de TDAH con comorbilidades es importante que el niño y la familia realicen una serie de tratamientos. A eso lo llamamos Tratamiento Multimodal.

Diagnóstico y Programación del Tratamiento

por Lic. Ruben O. Scandar

12 | Introducción

La idea central del proceso diagnóstico es alcanzar cuatro objetivos:

- ¿Está justificado el diagnóstico de TDAH?
 - ¿Si el diagnóstico no está justificado, hay explicaciones alternativas mejores para dar cuenta de los síntomas?
 - Si el diagnóstico está justificado: ¿Hay condiciones comórbidas que deberían ser identificadas y tratadas?
 - Especificar el modelo de intervención más conveniente, en especial, más allá de lo farmacológico.
- El diagnóstico tiene uno de sus basamentos más sólidos en los criterios del DSM-IV que hemos listado en la Parte I. Es decir que:
- Para diagnosticar desatención el niño requiere 6 síntomas de los 9 indicados más los requisitos adicionales.
 - Para diagnosticar hiperactividad el niño requiere 6 síntomas de los 9 indicados para hiperactividad-impulsividad más los requisitos adicionales.
 - Para diagnosticar la tipología combinada: desatención más hiperactividad deben cumplirse plenamente los dos puntos anteriores.

Recordemos los criterios adicionales

- Los síntomas deben haberse instalado antes de los 7 (siete) años.
 - Los síntomas deben haber estado presentes ininterrumpidamente al menos durante los últimos 6 (seis) meses.
 - Los síntomas deben manifestarse en 2 (dos) o más ámbitos (escuela, hogar, etc).
 - Se debe tener clara evidencia clínica que los síntomas provoquen angustia significativa y/o perjuicio sobre la vida social, académica, laboral, etc.
 - No debe existir alguna condición médica general que pueda explicar los síntomas.
- Muchos especialistas piensan que el respeto de estos criterios es suficiente y en buena medida es así aunque no estoy 100% de acuerdo. Es suficiente en cierto sentido, porque estos criterios demuestran que el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se realiza con criterios de Inclusión y Exclusión.

☺ Inclusión porque consideramos posible hacer el diagnóstico si el niño reúne los requisitos listados.

☹ Exclusión, porque no debe existir condición médica general que pueda explicar los síntomas.

Por consiguiente, parte del proceso diagnóstico es asegurarse que ninguna de las condiciones descritas en el punto 9 de la primera parte explique mejor los síntomas que el diagnóstico de TDAH.

Por ejemplo, para hacer el diagnóstico debemos estar convencidos de que el niño no padece de hipertiroidismo, apnea del sueño, epilepsia, etc. y en el caso de los cuadros psiquiátricos, habrá que estar seguro de si son comorbilidades o no: por ejemplo, si el niño tiene síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) habrá que asegurarse que su desatención no se explica solo por el TAG ya que bien puede ocurrir que el niño tenga TAG más TDAH y no solamente TAG ¿Porqué? Simplemente, porque mucho de estos trastornos o enfermedades comparten algunos síntomas con el TDAH, pero no otros.

Aquí es dónde comienza un poco mi desacuerdo. Estar seguro de todo esto nos introduce en el mundo del Diagnóstico Diferencial y eso no puede hacerse sin que se haga como primer paso una evaluación integral del niño y su historia. Por otra parte, sin la realización de una evaluación más completa no se pueden identificar áreas de fortaleza y debilidad que permitan asesorar sobre un plan de intervención apropiado. Por consiguiente adelantamos nuestra posición de que la evaluación del niño debe ser Multidimensional e implicar básicamente:

- Historial médico, psicosocial y pedagógico del niño.
- Escalas de evaluación específica y comportamental.
- Evaluación de la atención a través de test tanto de lápiz y papel como computados (especialmente estos últimos).
- Evaluación Cognitiva: Aquí

se deben evaluar desde la capacidad intelectual y habilidades académicas específicas hasta los desempeños visomotores y habilidades socio-emocionales.

Historia del Desarrollo del niño

Como sabemos el TDAH no se hace sino que "se nace", aunque podría ser adquirida por alguna injuria del SNC (en ese caso ya no sería un TDAH idiopático). Por consiguiente es bastante importante obtener una historia detallada de todos los síntomas (de los vinculados al TDAH y de cualquier otro trastorno que eventualmente fuera posible sospechar).

Los síntomas de desatención no son tan fáciles de rastrear por debajo de los 5 años, pero evaluar si el niño presentaba niveles de hiperactividad o impulsividad inapropiados o excesivos en un niño de 5 o 4 años no es difícil, aunque un poco más complicado en un pequeño de 3 y 2 años. Recordemos que una vez que un niño nos ha convencido de que en la actualidad (en el momento de la consulta) presenta los síntomas propios del TDAH, debemos asegurarnos de que estos síntomas también estaban presentes cuando era más pequeño (antes de los 7 años) y que su aparición no es ocasional sino persistente (por más de seis meses). Claro está que si un niño no era hiperactivo y luego de un accidente automovilístico en el que tuvo una pérdida de conocimiento, desarrolla síntomas de hiperactividad de manera persistente, debemos suponer que ha habido algún tipo de daño en la integridad de su SNC, especialmente, si hemos descartado de que el niño se encuentre sufriendo el síndrome de estrés postraumático. Hecho que al especialista no le será difícil, porque éste presenta síntomas diferentes en la esfera emocional y conductual que lo diferencian de la hiperactividad y desatención propia del TDAH.

Pero no se trata de la simple historia de los síntomas del niño, sino de todo el histo-



rial: antecedentes familiares, antecedentes de embarazo y parto, evolución del recién nacido durante el primer año, evaluar el logro apropiado de los principales hitos del desarrollo (sentarse, pararse, caminar, hablar, control de esfínteres, etc), análisis de las enfermedades, accidentes u operaciones; y finalmente, evolución cognitiva, escolar, social y de hábitos de autonomía. Una vez que el profesional tiene un historial completo, también ha reunido información sobre otras posibles causas y entonces debe realizar cualquier estudio que le permita llegar a un diagnóstico diferencial. Está la observación comportamental, están los estudios médicos y los neuropsicológicos. En la Fundación TDAH recomendamos la utilización de un completo cuestionario que les permite a los padres asistir a la primera consulta con todos estos datos y esto facilita la primera entrevista. No obstante, los cuestionarios no hacen todo por sí mismos, su lectura permite al profesional seleccionar áreas que deberá investigar de forma profunda.

Observación Comportamental Escala y observación participante

La seguridad de que el niño presenta los síntomas listados con anterioridad, u otros, no puede conseguirse en ocasiones con solo tener al niño en la consulta. Aún niños muy hiperactivos pueden estar quietos por unos minutos si no tienen mucha confianza con un profesional o están un poco asustados por el entorno. Entonces, además del interrogatorio de la información directa que pueden darnos los padres, necesitamos la visión de los docentes. La visión de los mismos es fundamental ya que pueden observar al niño en distintos contextos y situaciones dentro de la escuela y a la vez, les resulta más fácil hacer comparaciones. Para ello se les envía por medio de los padres una serie de escalas. Las escalas son formas estandarizadas de observación. Las mismas tienen un respal-

do estadístico que ayudan a saber cuando ciertos comportamientos que aparecen, tienen ya una frecuencia o intensidad inapropiada. Pero son sólo eso, instrumentos de ayuda en la observación y que aportan información al profesional sobre el comportamiento del o los niños en contextos específicos y según la opinión de adultos responsables (padres o maestros).

Hay una gran variedad de escalas que se utilizan en el estudio del TDAH. Con toda probabilidad dos de las más famosas sean las de Conners y la SNAP IV. Dado que la de Conners tiene estrictos criterios de copyright no podemos exponerla aquí, pero nada impide que pongamos en el Apéndice la escala SWAN.

Existen otras escalas más generales pero muy útiles. La más famosa la CBCL de Achenbach y recientemente, las escalas BASC que permiten tener una visión más global del niño: evalúan otros comportamientos, además de la hiperactividad, la impulsividad y la desatención.

La lectura de una de estas escalas alerta al especialista sobre la necesidad o no de proceder a realizar otros estudios de evaluación más importantes. Aunque nosotros cada vez utilizamos más las Escalas BASC pondremos un ejemplo con la CBCL (ver gráfico siguiente) porque dada su antigüedad está más disponible en las consultas.

Los puntajes que se encuentran a la izquierda son Puntajes T. En este modelo estadístico sabemos que cualquier niño que en alguna de las subescalas obtenga puntajes T superiores a 70, debe ser evaluado en esa área, porque se ha alejado mucho de lo "normal". Como vemos este niño tiene muchos puntajes por encima de 70 y en realidad, ninguno por debajo de 60. Aunque está claro que ha venido a la consulta por presentar problemas de atención, hiperactividad e impulsividad, el profesional clínico con facilidad comprenderá que resultados tan altos en todas las subescalas deben hacerle pensar que el niño puede ser que tenga TDAH pero además tiene otros problemas, probablemente mas serios.. Por consiguiente, deberá realizar un interroga-

torio dirigido a determinar claramente si el niño tiene otras patologías psiquiátricas o médicas que expliquen un perfil de la escala tan anómalo y orienten a otros posibles diagnósticos.

Aunque todos los profesionales conocen estos hechos, pensamos que esta explicación ayudará a los padres a comprender porque muchos profesionales sienten gran preferencia por complementar el interrogatorio con los formularios de escalas diversas. Ahorran tiempo y evitan muchos errores ya que señalan áreas de investigación que podrían haber quedado fuera de un interrogatorio preliminar o de la exposición de los padres.

Pero como padre, no cometa el error de creer que fue la escala la que hizo el diagnóstico. El diagnóstico surge de de la evaluación integral que debe hacer el profesional de toda la información.



¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

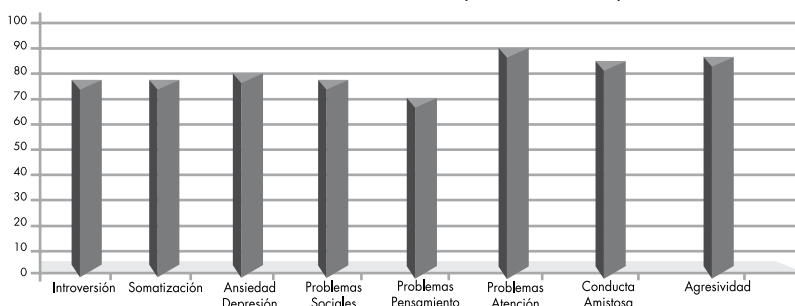
Las escalas no hacen el diagnóstico. El profesional diagnostica tras valorar toda la información recabada.

Otro hecho relevante de estas escalas es que peden ser llenadas por los padres y todos los maestros del niño, permitiendo una visión global del niño en el hogar y en la escuela. En ocasiones, es recomendable obtener información directa del comportamiento del niño. Esto se puede hacer dos procedimientos: el profesional puede concurrir a la escuela y observar al niño en situaciones naturales (que no lo son tanto si aparece un extraño) o bien, solicitar a un miembro de la institución que realice observaciones muy específicas.

Por ejemplo, un maestro puede concurrir al aula y sentarse a realizar un trabajo en un rincón aislado y observar al niño en cuestión de manera casual y a intervalos fijos. A la vez, puede hacer lo mismo con otros niños. ¿Qué va a evaluar? Por ejemplo: todos copian: ¿él copia?; todos escuchan: ¿él escucha?; todos comienzan a trabajar para resolver un ejercicio: ¿él qué hace?; el grupo trabaja y está atento a su tarea: ¿él presta atención a su tarea? Se le dirige la palabra: ¿él contesta dentro de la temática que se le pregunta? ¿Espera su turno para hablar? Al respecto hay planillas específicas que miden también si el niño responde de manera apropiada o no.

Recuerden que siempre queremos estar seguros de que el niño presenta los síntomas en situaciones estructuradas, en ver-

Resultados de la Escala Achenbach de un paciente con "posible" TDAH



dad, no prestaremos demasiada atención a su comportamiento en el patio: allí hará o no diabluras, pero no nos sirve de manera concluyente para saber cuán hiperactivo es (pueden servir para otros fines que no son los de averiguar si tiene TDAH o no); salvo que la actividad del patio de juegos sea estructurada.

Recuerden que llamamos actividad estructurada a toda actividad que esta reglada y por ende, el niño no puede hacer lo que quiere cuando quiere y cómo quiere.

La siguiente es una parte de la escala de Werry, Weiss y Peters. La misma data de los años 60 y era buena para diagnosticar en la época del Síndrome Hiperquinético.

Hoy en día, cumplirá la finalidad de ilustrar a los padres de cómo una escala puede ayudarlos a pensar sobre el comportamiento de su hijo de manera ordenada. Hemos eliminado la parte 6ta en la que se interroga a los padres sobre el conocimiento que ellos tienen del niño en el ámbito escolar. Dado que luego hemos de hablar de Román, aprovecho para mostrarles como la completaron sus padres. Es común que los padres nos informen que muchos niños no muestran importantes niveles de hiperactividad mientras miran televisión. De hecho en el caso de Román, es una de las dos áreas evaluadas menos problemáticas. La aclaración de observar al niño en

el juego fuera de la situación de los video games no estaba en el original (no existían). Hoy en día es necesario hacer esta aclaración, porque en situaciones como esas, el comportamiento del niño está altamente organizado por el juego electrónico y la motivación intrínseca del mismo.

El Psicólogo Clínico tiene la posibilidad de observar por más tiempo al niño que el médico. Durante la evaluación neuropsicológica, tendrá al niño en el consultorio por espacio de varias horas y deberá someterlo a diversas tareas estructuradas, algunas de las cuales no serán de su agrado por un motivo u otro. El profesional podrá formarse con el paso de las horas opiniones

Paciente: RAMÓN • Edad: 7 años			Fecha de Nacimiento: / /			
Confeccionado por (Nombre y parentesco): Madre y Padre						
Situación	Nro.	Ítem	0	1	2	3
1. En el hogar (durante las comidas)	1.1	Se levanta y sienta varias veces sin motivo.			X	
	1.2	Interrumpe la comida sin razón.			X	
	1.3	Se mueve mucho en su asiento.				X
	1.4	Juega nerviosamente con objetos.			X	
	1.5	Habla excesivamente.			X	
			Subtotales 1	0	1	8
		Totales 1	11			
2. En el hogar (mientras ve televisión)	2.1	Se levanta y sienta constantemente.		X		
	2.2	Hace cosas que impiden que los demás vean.			X	
	2.3	Juega con objetos.		X		
	2.4	Habla demasiado.		X		
	2.5	Balancea el cuerpo.			X	
			Subtotales 2	0	3	4
		Totales 2	7			
3. En el hogar (durante el juego, pero no en el caso de video games o juegos de PC.)	3.1	Muestra agresividad. Es incapaz de participar en juegos tranquilos.			X	
	3.2	No se mantiene quieto.			X	
	3.3	Cambia de juguetes constantemente.				X
	3.4	Busca la atención de los padres.			X	
	3.5	Habla en exceso.			X	
	3.6	Interrumpe el juego de los otros niños.			X	
	3.7	No mide el peligro.		X		
	3.8	Se muestra impulsivo.			X	
			Subtotales 3	0	0	12
		Totales 3	12			
4. En el hogar (durante el sueño.)	4.1	Tiene dificultad para iniciar el sueño.			X	
	4.2	Duerme muy poco.		X		
	4.3	Se muestra inquieto mientras duerme.		X		
			Subtotales 4	0	2	2
		Totales 4	4			
5. Fuera del hogar (pero no en la escuela.)	5.1	Está inquieto cuando viaja.			X	
	5.2	Está inquieto durante las compras.			X	
	5.3	Está inquieto en la iglesia y/o en el cine.			X	
	5.4	Está inquieto durante las visitas.			X	
	5.5	Desobedece constantemente.			X	
			Subtotales 5	0	0	10
		Totales 5	10			

sólidas, basadas en su conocimiento directo sobre niveles de atención, hiperactividad y control de los impulsos, aunque siempre con cautela, porque un niño no responde igual en una relación uno a uno que cuando está inmerso en el grupo áulico.

Aquí me gustaría aclarar una situación muy común que suele darse en los púberes y adolescentes. Muchas veces los padres nos informan que el niño no es demasiado hiperactivo y efectivamente, no es de hacer grandes desplazamientos, etc. Pero nosotros podemos observar de manera directa de que siempre está tocando algo (su reloj, un objeto en el escritorio, su ropa), cambiando de posición en la silla, moviendo las piernas debajo de la mesa, que no para de hacernos preguntas y que hasta trata de contestar las que le hemos hecho a sus padres, etc. Sin embargo, no se ha levantado de la silla, ni nada por el estilo. En estos casos de “inquietud” los padres puede que crean que son manifestaciones normales y por ende no las informan. Piensan “¿No son así todos los chicos, más o menos?

Evaluación Psicológica y Neuropsicológica

Aunque existe una serie de test que evalúan la atención o la impulsividad, no se puede afirmar que existe un Test de evaluación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Por ejemplo, podemos determinar con un Test que un niño tienen altísimas probabilidades de tener dificultades atencionales, pero ese Test no nos dirá si se trata de un TDAH o de otro trastorno que curse con trastornos de atención. Así es que la evaluación deberá realizarse por medios diferentes y diversos tests; luego toda la información

deberá ser compatibilizada con las observaciones y el historial del niño. Lo mismo puede decirse de algunos estudios neurofisiológicos, por ejemplo, las cartografías o mapeos cerebrales.

• **Importancia de la evaluación neuropsicológica.** Al estudiar los aspectos sobre etiología hemos afirmado que en la mayoría de los casos, por razones genéticas, los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad reflejan dificultades en áreas cerebrales que tienen un rol importante en la regulación de la atención, la hiperactividad y la impulsividad. También afirma-



mos que era muy común que el niño con TDAH tuviera otros trastornos, fenómeno al que llamamos comorbilidad. Por ejemplo, muchos de ellos tienen trastornos de aprendizaje, problemas de coordinación motora, trastornos de ansiedad, etc.

• ¿Qué es lo que hace el neuropsicólogo?

Desplegar una batería de tests que puedan estudiar, evaluar y medir (en la medida de lo posible por el desarrollo de la psicología científica) un conjunto de síntomas, trastornos y también, de capacidades cognitivas: atención, memoria, percepción, lenguaje y pensamiento y de habilidades: psicomotrices, sociales, etc.

Por ejemplo, cuando miramos la CBCL que pusimos en el ejemplo anterior, el evaluador no se limitó a mirar la escala de problemas atencionales y quedó claro que era necesario pensar: ¿Qué puede estar pasando en ese niño; qué puede estar pasando en esa familia y qué puede estar pasando en ese medio social? Ya que niveles tan elevados de problemas de somatización, ansiedad/depresión, de pensamiento, sociales, agresividad y conducta antisocial sólo pueden darse en situaciones muy particulares y frente a trastornos importantes. Por ende, sería lógico que el clínico interrogara con profundidad y ordenara una evaluación compleja.

En el caso de los niños con TDAH o con posible TDAH (diría lo mismo para muchos otros trastornos, por ejemplo, los trastornos específicos de aprendizaje) siempre es crucial una profunda evaluación atencional una vez que sabemos que el niño no tiene problemas sensoriales auditivos o visuales. ¿Por qué?

Simplemente porque la atención tendrá un rol relevante el los resultados que pueden presentarse en otras pruebas. De hecho, en los protocolos de administración de la mayoría de las pruebas se le pide al especialista una opinión sobre la colaboración y forma de atención desplegada por la persona evaluada. Otro elemento imprescindible en toda evaluación, es contar con alguna medida sobre la impulsividad, es decir, incluir un test que nos permita determinar si el niño se comporta de manera reflexiva o impulsiva. Como veremos luego, también es necesario incluir otros puntos en la evaluación. Una segunda razón para la evaluación neuropsicológica es fácil de comprender a la luz de la historia del TDAH.

Los primeros casos de TDAH que fueron descritos en la literatura médica estaban altamente relacionados con comportamientos que aparecían después de una encefalitis y/o de injurias en el cerebro. Está claro que además de heredar el TDAH

una persona puede adquirir síntomas cerebrales similares por otras patologías. La evaluación neuropsicológica ayudará a determinar si el perfil de dificultades es más propio del TDAH que de un caso, por ejemplo, de epilepsia frontal.

Por ejemplo, recuerdo el caso de una adolescente a la que llamaremos Paloma. Paloma asistió porque presentaba un historial largo de problemas leves depresivos, atencionales y dificultades académicas. Era una adolescente inteligente y colaboradora, por momentos impresionaba como no suficientemente motivada a pesar de sus propios esfuerzos. La evaluación neuropsicológica determinó que tenía problemas atencionales, pero los resultados en algunas pruebas discrepaban terriblemente con su capacidad intelectual: teniendo una inteligencia normal no podía realizar un de forma apropiada una prueba que muchos niños de 10 años resuelven sin dificultad. Se solicitó una evaluación neurológica y se determinó, posteriormente, que presentaba un foco epiléptico en el lóbulo frontal derecho. Es importante señalar que en el caso del TDAH como en el caso de los Trastornos de Aprendizaje la preocupación central de la evaluación neuropsicológica no es determinar una específica localización cerebral como sitio responsable de las anomalías, sino determinar áreas de fortaleza y debilidad que permitan no sólo fundamentar un diagnóstico sino señalar líneas de tratamiento.

• **Tests o Baterías de una Evaluación Neuropsicológica.** En una guía para padres no es necesario discutir tests en específico. Si señalar que en general una evaluación neuropsicológica completa debería cubrir los aspectos que hemos de señalar. En ocasiones, el evaluador puede determinar que algunas áreas son fácilmente identificables como “fuertes” y por razones tanto de ahorro económico como de tiempo no evaluarlas de manera sistemática y simplemente hacer un “screening”, es decir, utilizar algún método abreviado y si se observan dificultades se puede profundizar.

Inteligencia: determinar el coeficiente intelectual mediante una prueba estandarizada.

Desempeño Académico: Utilización de escalas de medición de desempeños en áreas básicas como lectura, escritura, ortografía y habilidades matemáticas.

Evaluación de habilidades de integración visomotora. La idea es tener tanto una aproximación de la habilidad misma

en general tanto como la manera en que los aspectos visuales y motores participan en la producción del resultado general.

Evaluación de Atención: Dado que la atención es un concepto que abarca varias dimensiones (calidad atencional, selectividad, vigilancia, etc.), es apropiado utilizar más de una prueba de atención.

Evaluación de Memoria. Sería más apropiado decir las memorias: de trabajo, de corto plazo, verbal, visual, espacial, etc.

Evaluación de Funciones Ejecutivas. Aquí lo que interesa es evaluar las actividades del cortex frontal. Hay escalas y tests específicos que asesoran sobre las funciones ejecutivas: en los procesos cognitivos de iniciación, planeamiento, generación de hipótesis, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, autorregulación, juicio y utilización del feed back (retroalimentación) deberán ser tomados en cuenta en su evaluación.

Evaluación de Lenguaje

Evaluación de habilidades socio-emocionales (habilidades sociales).

Evaluación Psicopatológica. Puede hacerse un screening como con el CBCL del ejemplo anterior y ante la menor duda realizar una evaluación psicopatológica más profunda total, o en las áreas que pueden haber sido sospechosas.

Evaluación de autoestima y autoconcepto. La evaluación de cada área arrojará resultados positivos. Por ejemplo, la evaluación de Memoria puede hacernos ver que el niño memoriza fácilmente lo que ve pero no lo que oye. Resulta fácil imaginar que indicación se hará al respecto.

De la evaluación al plan de tratamiento

Una viñeta clínica

Hemos elegido el caso simple. El de un niño (*Román*) de 7 años que ha consultado por dificultades de aprendizaje, específicamente de lectura y escritura.

El historial de él no registra nada particularmente llamativo desde el punto de vista médico: parto y embarazo normal, recién nacido en buenas condiciones, los principales hitos del desarrollo sin particularidades, tuvo las enfermedades comunes de la infancia, no sufrió traumas encefálicos

con pérdida o disminución de la conciencia, no tuvo operaciones enfermedades que pudieran ser importantes para el motivo de consulta. La madre sin embargo describió que el niño fue un poco difícil desde el nacimiento. Se prendió bien al pecho y se amamantó por seis meses pero no fue posible establecer horarios regulares de alimentación y sueño. Aún en el momento de la consulta: la hora de irse a dormir o que el niño se sentará a comer principalmente durante las comidas eran temas por resolver. La madre lo notó desde pequeño como un bebe alegre, activo, curioso, explorador de su entorno, pero le resultaba difícil entretenerlo y confortarlo. Llegaron a pensar que padecía de cólicos o reflujo, pero se descartó de manera consistente. Cuando comenzó a caminar se reafirmó la idea de que Román tenía "pila" para rato: era inquieto, pero dado que era el primogénito a la madre no le pareció ni bien ni mal, simplemente pensó: "es así".

La adaptación del niño a preescolar tuvo algunas dificultades, no tanto porque el niño no quisiera ir a la escuela o le costara separarse de la madre, sino porque tenía problemas para resolver conflictos interpersonales. Era mandón y se peleaba en exceso y aunque era querido por un buen número de compañeros, también era claramente rechazado por otros. Socialmente, era claro que prefería jugar con niños menores o mayores que él.

La maestra de preescolar lo describió en un informe como un niño que realizaba bien las tareas que eran de su agrado, que tenía atención dispersa, que era inconstante en la realización de tareas y a la vez inteligente y creativo. El foco de preocupación en ese momento de la maestra se centraba en la impulsividad, sus dificultades para el control de la agresividad reactiva y en los problemas que tenía para que siguiera comportamientos reglados.

La escuela en ningún momento alertó a la madre sobre la posibilidad de que el niño tuviera un mal pronóstico de aprendizaje, pero sí sobre las dificultades comportamentales señaladas. La familia consultó con el médico pediatra y éste pidió que consultaran a neuropediatra: el examen neurológico y el electroencefalograma fueron normales.

Estos trámites consumen tiempo. Así es que Román se encontraba comenzado su primer año cuando los padres tenían al menos algo claro: Román tenía problemas de comportamiento no muy severos, nadie dudaba de su capacidad intelectual, el pediatra no había hallado ninguna enfermedad y el neuropediatra tampoco. En esos casos, estos como otros padres en la misma

situación, sufrieron una confusión natural: tiene "problemas" pero no le encuentran nada, conclusión no tiene nada. Claro está que el neuropediatra, recomendó una evaluación neuropsicológica más completa, pero los padres decidieron averiguar qué pasaba con el inicio de las clases ya que "no le encontraron nada".

Durante el inicio del año escolar los padres percibieron que los problemas de comportamiento seguían y a mitad de año la persona a cargo de la orientación escolar les indicó que hicieran una consulta por los problemas de conducta. En verdad, el rendimiento académico de *Román* no era apropiado, pero sus problemas de conducta, rebeldías a la hora de hacer la tarea en la escuela y en el hogar, ensombrecieron toda otra perspectiva.

Los padres consultaron con una psicopedagoga que determinó que los padres tenían problemas para ponerle límites al niño, que este tenía problemas de autoestima, que el desarrollo cognitivo era normal (aunque no lo evaluó formalmente mediante tests más allá de unos gráficos) y propuso un plan de tratamiento basado en fortalecer la autoestima del niño y en reuniones mensuales de seguimiento para dar consejos a los padres. Los problemas académicos del niño no se estimaron como un trastorno específico de aprendizaje sino más



bien como el resultado de un inadecuado aprovechamiento de las actividades escolares por el oposicionismo del niño. *Román* y sus padres consumieron así el resto del año sin que se observaran grandes cambios. Luego del receso de verano continuaron tres meses más el tratamiento, pero

lo dieron por terminado con una sensación de frustración. Volvieron a consultar con el neuropediatra quien los contuvo y les sugirió que continuaron dónde habían dejado, es decir, les indicó una evaluación neuropsicológica completa.

Así es que conocimos a Román, a sus padres, a sus docentes, a sus cuadernos e hicimos su historial. Luego de estar dos horas conversando con el niño y los padres decidimos que había áreas que evaluaríamos en profundidad y otras, por el momento, solo a modo de screening. Se realizó un screening de desempeños visomotores, autoestima, psicopatología, memoria y lenguaje; sin embargo, se decidió una evaluación profundamente sus capacidades intelectuales, rendimiento académico, atención, funciones ejecutivas, y habilidades sociales.

El resultado preliminar de la evaluación por screening indicó: a. el screening de la parte psicopatológica nos indicó que deberíamos evaluar en mayor profundidad las áreas de depresión y de comportamiento; b. no se percibían probables problemas visomotores o de lenguaje; c. en el área de memoria se observaron unas dificultades leves y que fácilmente se podían adjudicar a problemas atencionales.

La evaluación más profunda nos demostró que efectivamente tenía problemas de hiperactividad, impulsividad y atención. En cuanto a la atención, se observaron problemas de atención selectiva y sostenida: es decir, que no siempre seleccionaba apropiadamente el foco de atención y que no podía mantenerse realizando una misma actividad por mucho tiempo. Como sabíamos de sus problemas de lectura, utilizamos pruebas de atención que requirieran habilidades lingüísticas muy simples pero también pruebas que no recargaran este posible "lado débil": tanto en unas como en otras tuvo dificultades.

La evaluación de la impulsividad se hizo mediante la aplicación de varias pruebas computadas que miden la capacidad del niño de inhibir respuestas y a la vez generar espacios de reflexión.

La evaluación intelectual no deparó grandes sorpresas. Efectivamente, su inteligencia general era buena, pero presentaba algunas disminuciones en las pruebas que requieren del uso del lenguaje (por ejemplo, vocabulario). Dado los resultados de los que ahora hablaremos, esto no nos llamó la atención.

La evaluación de la lectura y la escritura mostró que presentaba dificultades severas en el área de lectura y que las derivadas en la escritura eran consecuencia directa de los problemas de lectura. El desempeño en matemáticas era apropiado. Aquí la evalu-

ación perdió su tono amable y requirió de mucha paciencia: el niño se sentía tonto frente a los materiales de lectura y dado que tenía un nivel de frustración muy bajo, respondía con mal humor, baja predisposición a la tarea y comportamiento negativista. Nos tomamos nuestro tiempo y alternamos con pruebas de funcionamiento ejecutivo e impulsividad en el computador. Así es que a la vez que podíamos averiguar que el niño tenía un trastorno específico de aprendizaje (dislexia) pudimos certificar que tenía un déficit de organización, planificación e inhibición. Es común que los niños con dificultades de lectura presenten disminución en las escalas verbales de los test de inteligencia.

La evaluación de habilidades sociales se hizo mediante un test que expone al niño a una historieta (dibujos más relatos) que representa problemas interpersonales habituales

en su edad y evaluamos la percepción de las situaciones y las soluciones propuestas. En general, Román presentaba un estilo de atribución externa (el otro siempre es el responsable de lo que pasa) y un formato de respuesta poco flexible (le costaba generar soluciones alternativas, formas de negociación, saber como ceder, etc).

Cuando profundizamos desde el punto de vista psicopatológico, nos convencimos que el niño no presentaba más que un trastorno negativista desafiante y síntomas leves de depresión. No habiendo un historial familiar de depresión y por la forma de presentación de la misma, pensamos que no era necesaria una intervención especial (psicoterapia y/o farmacoterapia para la depresión) y que mejoraría como resultado de las otras tareas terapéuticas que se propusieron. En síntesis, teníamos claro que el Román presentaba una serie de di-

Programa de Tratamiento de ROMÁN conforme al diagnóstico		
Área, problema o diagnóstico	Recomendación Terapéutica	Duración estimada, comentarios y resultados.
Trastorno Específico de Aprendizaje: Lectura	Tratamiento psicopedagógico enfocado inicialmente en los problemas de procesamiento fonológico.	• Psicopedagoga 2/3 veces por semanas. 3 años. Resultados muy buenos.
Problemas de Funcionamiento Ejecutivo	En el contexto del tratamiento psicopedagógico se trabajó para que el niño desarrollara normas de organización, aprendiera a establecer prioridades y manejar el tiempo.	• Psicopedagoga. Estas de manera parcial durante todo el tratamiento pero de manera intensa en el último año. Resultados Buenos.
Problemas atencionales	Se sugirió la familia consultar con un especialista la posibilidad de un abordaje farmacológico.	• Neuropediatra estableció tratamiento farmacológico. Duración 4 años. Resultados muy buenos.
	Programa de entrenamiento atencional en adición al de entrenamiento de habilidades parentales.	• Psicopedagoga introdujo en el formato de tratamiento de la dislexia entrenamiento atencional (30 minutos dos veces por semana, durante 1 año). Buenos resultados.
	Terapia comportamental con el fin de mejorar el cumplimiento hogareño de tareas.	• Entrenamiento de Habilidades Parentales (Economía de fichas y contrato comportamental). Muy buenos resultados.
Oposicionismo y dificultad para seguir reglas	Entrenamiento de habilidades parentales, mejorando las habilidades de los padres de acción y comunicación. Formulación de un programa de modificación de comportamiento en forma paralela.	• Terapeuta cognitivo Conductual. Duración 20 semanas (14 consultas) y luego se formuló un plan de modificación de conducta que se ajustó de manera periódica durante tres años.
Problemas de Auto Control	Tratamiento de Control de la ira y la frustración; entrenamiento en técnicas de relajación y resolución de problemas	• Terapeuta Cognitivo Conductual. Duración 6 meses (con posterioridad al entrenamiento parental).
	Refuerzo positivo de los conductas que exhibieran capacidad de inhibición	• ídem
Problemas sociales, de autocontrol y de resolución de problemas	Entrenamiento de Habilidades Sociales.	Terapeuta Cognitivo Conductual. Como parte del entrenamiento de control de la ira y la frustración y de Resolución de Problemas, se incluyeron múltiples situaciones interpersonales.
Baja autoestima	En el entrenamiento parental se enseñó a los padres a enfocarse en los lados fuertes de Román.	• Psicólogo a cargo del Entrenamiento Parental y Padres.
	Se programaron actividades extracurriculares y deportivas de agrado de Román.	• ídem
	Se le enseñaron estrategias de auto afrontamiento de "ideas negativas" mediante lenguaje autodirigido.	• Terapeuta Cognitivo Conductual a cargo del entrenamiento del control de la ira y la frustración.
	Se tomaron medidas para el que tuviera mejoras palpables en el rendimiento escolar	• Psicopedagoga y el cuerpo de profesores de la escuela que implementó cambios didácticos y en la forma de evaluar.

ficultades que hemos listado en el cuadro siguiente en la hilera de la izquierda. En el centro describimos la metodología con la que se decidió abordarlo y en la de la derecha el profesional o especialidad responsable y otros consideraciones.

Un estudio de este programa de tratamiento permite señalar lo siguiente: trabajaron tres profesionales diferentes. Un médico neuropediatra que realizó un tratamiento farmacológico, vigiló su eficacia y supervisó la salud del Román; un psicólogo cognitivo conductual que realizó básicamente cuatro tareas:

- a. entrenó a los padres;
- b. diseñó y supervisó un programa de modificación de conducta sobre áreas tales como: obediencia, seguimiento de normas, desarrollo de conductas de autonomía, mejoramiento de la autoestima y control inhibitorio;
- c. entrenó a los padres en técnicas de comunicación efectiva y de modificación de conducta;
- d. entrenamiento de control de la ira y la frustración (desarrolló en el niño el control de sus enojos, lo entrenó en resolución de problemas y le enseñó técnicas de relajación) y una psicopedagoga que se enfocó fuertemente en los problemas de lectura, atención y organización.

Fue la psicopedagoga la persona del equipo que estableció el nexo más fuerte con la escuela y coordinó los acomodamientos áulicos.

o Preguntas y Respuestas

¿En el caso que el profesional médico realice la primera entrevista está obligado a pedir una evaluación neuropsicológica?

No tiene ninguna obligación. Puede basarse en el examen clínico y en el historial. Recomendaríamos que lo hiciera en especial si es un recurso disponible, por los motivos que ya señalamos.

¿Quiénes pueden hacer el diagnóstico?

El diagnóstico en mi opinión debería ser realizado como el resultado del intercambio de información de más de un profesional. Pero es solo mi opinión. Pero para no ahondar en ninguna controversia dependiendo de los países, las calificaciones profesionales pueden cambiar. Pensamos que la propuesta del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos es la más razonable y la exponemos en la tabla siguiente a fin de orientar al lector.

¿Cuál es el rol de psicólogos educacionales y psicopedagogos?

Cuando el niño cursa con un Trastorno de Aprendizaje la respuesta es simple ayudarán a su diagnóstico y estarán a cargo de su tratamiento; pero aún cuando los niños no exhiban las características propias de un Trastorno de Aprendizaje, estos profesionales tienen un rol crucial en el asesoramiento a docentes, padres y pacientes; en el desarrollo de estrategias comportamentales y cognitivas para ayudar al niño en la escuela y en el hogar y en el desarrollo de habilidades metacognitivas.

13 | Tratamiento Multimodal

Introducción al Tratamiento Multimodal, Integración de Formas Terapéuticas

Los especialistas en el trastorno han defendido en forma unánime que un tratamiento multimodal es la mejor respuesta disponible a los problemas que presenta el aún cuando no estén presentes complicaciones y/o comorbilidades. Por consiguiente, se trata de alcanzar varios objetivos por distintos medios. Eso significa en esencia, "Tratamiento Multimodal".

En el apartado 12 hay un ejemplo, el de Román. Se ha llegado a esta posición como resultado de una ponderación de la evidencia proporcionada por las investigaciones etiológicas, del estudio de la sintomatología y del análisis de resultado de los tratamientos realizados hasta la actualidad. A continuación, una buena reseña.

Etiología multimodal de predominio biocomportamental y farmacoterapia

Aunque no se ha podido certificar en forma concluyente que un solo factor establezca al TDAH y/o dirija su curso; la consideración de los factores que sabemos que intervienen permite a los especialistas a la aceptación de que existe una diferencia

biológica específica en la performance general de la persona en los aspectos emocionales, comportamentales y cognitivos.

Así es que, se hace necesario contar con una terapia que permita mejorar el funcionamiento del módulo neural afectado. Disponemos de abordajes bioquímicos que mejorarán la capacidad de control inhibitorio y el perfil motivacional del niño con TDAH; consecuentemente disminuirán los problemas de inatención, hiperactividad e impulsividad y si el cuadro cursa con dispraxias, mejorará su desempeño psicomotriz.

Reiteramos: no afirmamos que sea el único factor; sino que es determinante, que a su presencia se ciñen globalmente los problemas. No obstante, la heterogeneidad del TDAH obliga a considerar que influencias transaccionales durante el desarrollo modelan el curso del TDAH, ya sean éstas ambientales, familiares y culturales. Por ello el tratamiento no puede agotarse en el abordaje farmacológico.

<< Tabla 1 >>

Deficiencias del abordaje farmacológico

Gran parte de los síntomas se reinstalan cuando se suspende la medicación o cuando ésta deja de hacer efecto durante el día.

El grado de "normalización" que proporciona la medicación nunca es del 100%, se acepta un 70% como un resultado muy bueno.

No todos los aspectos relevantes del TDAH mejoran con la farmacoterapia: por ejemplo, los problemas de organización.

Un porcentaje de pacientes no responde a la farmacoterapia, especialmente porque los efectos colaterales desequilibran la ecuación costo beneficio.

No todos los aspectos relevantes de la sintomatología responden a los tratamientos fisiológicos.

Mejorado el sujeto mediante la medicación las habilidades de estudio (técnicas de estudio, organización, planificación, etc) que no adquirió antes siguen sin adquirirse.

Mejorado el sujeto mediante la medicación, éste no logra un mejoramiento absoluto ni una reparación de los daños ya infringidos en su proceso educativo (conocimientos no aprendidos).

Puede encontrar fuertes resistencias sociales y culturales en padres, docentes e, incluso en profesionales que carecen de adecuada formación en el campo de los trastornos del desarrollo y su tratamiento farmacológico.

« Gráfico 8 »

Profesionales de la Salud y TDAH			
Especialidad	¿Puede diagnosticarlo?	¿Puede medicarlo?	Puede proveer "Counseling" ¹
Psiquiatras	SI	SI	SI
Psicólogos	SI	NO	SI
Médicos Pediatras, de Familia y Clínicos	SI	SI	NO
Neurólogos	SI	SI	NO

¹ Término que podría traducirse como asesoramiento. En este rubro deben comprenderse todas las actividades que aquí se tratan en la parte de tratamientos psicosociales e intervenciones educativas.

Experiencia clínica: La farmacoterapia es exitosa pero insuficiente

La terapia farmacológica es exitosa en muchos aspectos como explicaremos en su momento, pero insuficiente. Un estudio de la bibliografía permite construir la *Tabla 1*. Por consiguiente son necesarios otros abordajes terapéuticos.

Terapias comportamentales y cognitivas

Una ayuda valiosa

Los tratamientos comportamentales y cognitivos fueron los primeros en ser desar-

rollados específicamente para niños con problemas en el campo de la atención, la impulsividad y la hiperactividad.

Los mismos se han realizado por años tanto en forma independiente como asociada a la farmacoterapia y lo aconsejable es vincular ambos abordajes.

No obstante los aspectos positivos de las Terapias Cognitivas y Comportamentales, véase la *Tabla 2.*, no sustituyen a la farmacoterapia ni pueden solucionar todos los aspectos que quedan fuera del alcance de los fármacos.

Un número importante de los trabajos publicados en torno al tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde la óptica de las TCC se

ha realizado utilizando un formato que permite la verificación de sus resultados, tanto positivos como negativos.

En la *Tabla 3* exponemos la sinopsis correspondiente a los “Aspectos Negativos o Ineficaces de las TCC (CBT)”

Cuando se hace un análisis de por qué las TCC son insuficientes para resolver los problemas que el TDAH propone, probablemente la principal línea de razonamiento sea que se ha focalizado excesivamente en el niño, aunque como veremos existen abordajes de TCC de raíz más sistémica que proponen diseñar intervenciones tanto sobre el niño como sobre la familia y la escuela.

<< *Tabla 2* >>

Aspectos Positivos o Exitosos de las Terapias Cognitivo Comportamentales (TCC)

Progresos verificables en buena parte de los síntomas del TDAH.

Los objetivos que alcanzan exitosamente las técnicas comportamentales en la TCC suelen ser, en especial, mejorar el control de los impulsos, disminuir la hiperactividad y mejorar la desobediencia, aunque en menor medida.

Los objetivos que se alcanzan exitosamente mediante las técnicas cognitivas en la TCC suelen estar encaminadas a mejorar la performance del niño en la resolución de problemas, el manejo de la rabia y la frustración y un mejoramiento de las habilidades sociales.

Las mejorías son rápidas y así se “cortan” los círculos viciosos, disminuyen los efectos secundarios y se alivia el estrés general.

Disminuye la interacción desfavorable entre el TDAH y los eventuales trastornos comórbidos.

Disminuye la interacción desfavorable entre el niño con TDAH y sus familiares y su medio social.

Las TCC pueden establecerse para resolver los problemas más urgentes y concretos verificando con facilidad su eficacia.

Los procedimientos establecidos difícilmente empeoren las cosas en el caso de que no mejoren.

Tampoco se observa sustitución de síntomas. La relación entre el costo medido en tiempo, dinero y estrés es altamente económica comparada con otros abordajes.

<< *Tabla 3* >>

Aspectos Negativos de las Terapias Cognitivo Comportamentales

El nivel de recaída evaluado es alto en las técnicas comportamentales basadas en el denominado condicionamiento operante cuando se suspenden los refuerzos.

Los resultados obtenidos en un contexto estructurado e incentivado, por ejemplo, la escuela, el hogar y el consultorio, no se transfieren con facilidad a los contextos no incentivados.

Resulta difícil utilizar estas técnicas fuera de los contextos mencionados en el ítem anterior. Por ende, si el niño presenta, por ejemplo, dificultades en su vecindad, en club o en la casa de los amigos, las intervenciones comportamentales pueden ser poco eficaces.

Puede resultar agotador para docentes y padres mantener en el largo plazo los programas de modificación comportamental.

Las TCC de predominio cognitivo, tienen mucha menor eficacia cuando se centran excesivamente en el niño y/o en su problema.

Las técnicas de entrenamiento cognitivo que usan las TCC no logran, sin auxilio de la medicación, mejorar adecuadamente el funcionamiento curricular, atencional y/o cognitivo.

Terapia lúdica no interpretativa

También se han propuesto formatos de Terapia Lúdica o de Terapia de Juego para intervenir sobre la problemática del niño con TDAH. Los argumentos establecidos han sido básicamente los siguientes (Kaduson, 1997):

- ☺ La terapia que utiliza juegos como medio de comunicación con los niños crea un contexto motivacional mucho más fuerte que el que se observa en las TCC.
- ☺ Los juegos producen que el niño establezca una fuerte conexión emocional con el proceso del mismo y no solamente con el resultado.
- ☺ Dado que jugar es normalmente agradable, establece un contexto afectivo positivo. El niño con TDAH requiere un contexto afectivo positivo.
- ☺ La terapia a través del juego posibilita la participación activa del niño aumentando las posibilidades de lograr mantener un nivel atencional apropiado.
- ☺ El “como si” del juego, permite al niño explorar en forma placentera distintas formas de abordar la resolución de problemas, etcétera.
- ☺ La Terapia centrada en el juego propone no solamente un contexto parecido a la relación docente-alumno como ocurre con la TCC sino que posibilita “un proceso interpersonal a través del cual un terapeuta entrenado sistemáticamente aplica el poder curativo del juego para ayudar a los pacientes a resolver sus dificultades psicológicas”.

Las insuficiencias de un abordaje centrado en el niño con TDAH

El principal defecto de todos los abordajes mencionados ha sido la concepción del problema como “algo” circunscrito al niño o que ocurre dentro del niño (esta crítica es válida aún cuando, como en el TDAH, se trata de un trastorno de etiología neurobiológica) en su relación con el ambiente. La consecuencia de este error es que las técnicas terapéuticas se centraron en el niño o en sus problemas y, muy parcialmente, en la relación del niño con su familia y el medio escolar. Se hizo evidente que este recorte de la realidad y las subsiguientes técnicas terapéuticas utilizadas no podían dar cuenta de las dificultades más severas. De hecho, se constituían en un factor de fracaso por no tomar en cuenta una serie de factores, que nos gustaría enumerar.

Dado el componente familiar del TDAH y de sus cuadros comórbidos, es de esperar que los padres y hermanos de los niños con

TDAH tengan TDAH o algún trastorno estrechamente vinculado ya sea en forma actual o residual (lo tuvieron anteriormente y hoy los síntomas están atenuados o en número insuficiente para el diagnóstico). La prevalencia en los padres de TDAH se puede estimar en el 20-30%; en las madres entre un 15-20% y para los hermanos es aproximadamente del 17-37.

Según R.A. Barkley, al reseñar la bibliografía, concluye:

“los padres de los niños con TDAH tienen más probabilidad de tener una variedad de otros trastornos psiquiátricos, los más comunes entre los cuales parecen ser problemas de conducta y de personalidad antisocial (25-28%), alcoholismo (14-25%), trastornos afectivos (10-27%) y trastornos de aprendizaje.(...) Aún si ellos no son abusadores de alcohol, los padres de los niños con TDAH consumen más alcohol que los padres no abusadores de alcohol de niños normales, (...), también se ha reportado una mayor prevalencia de trastornos afectivos, particularmente, depresión mayor, entre los padres y hermanos de los niños con TDAH (27-32%), tanto niños como niñas en comparación con la población de control (6%).”

La familia de un niño con TDAH está sometida a un estrés superior durante todo el proceso del desarrollo, debido a que tendrán que afrontar más problemas en la esfera comportamental, educacional y social, a su vez los padres tendrán que disponer de más tiempo, energía, dinero y eventualmente, apoyo externo, para manejar esos problemas.

La familia de un niño con TDAH, como resultado de ese mayor estrés, puede presentar más dificultades en la adecuada organización de sus diferentes subsistemas. Los padres, en especial, tendrán que afrontar mayor cantidad de problemas parentales y conyugales.

Estas familias también, evidencian un patrón de aislamiento socio-familiar, como parte de una técnica de evitación de problemas y conflictos. Por consiguiente, se relacionan menos con sus propios familiares y con otras familias, ya que sufren mucha más presión que otras familias, para que sus hi-

jos se ajusten al estándar. Esto conduce al círculo vicioso de que cada vez disponen de menos apoyo social.

Tampoco se puede ignorar que estos padres presentan evidente falta de confianza en sus posibilidades, disminución en la sensación de que pueden controlar el comportamiento del niño, mayor porcentaje de trastornos depresivos como ya hemos señalado, problemas para implementar, frente a las dificultades que plantea la triada diagnóstica, actitudes de hipercontrol e hipercrítica en un contexto de continuas respuestas negativas. No ha de extrañar que estas actitudes paternas contribuyan al mantenimiento de los comportamientos no deseados del niño y a que se empeore la situación debido a que los padres organizarán impropriadamente la vida familiar y, puntualmente, tendrán actitudes contraproducentes.

Toda la argumentación señalada precedentemente se vuelve más significativa, cuando observamos el alto nivel de comorbilidades en psiquiatría que presenta el niño con TDAH. Por ende, en casi el 50% de los casos, los padres no sólo deben luchar para educar a un niño con problemas de inatención, hiperactividad e impulsividad conforme ocurre en el TDAH, sino que tendrán que afrontar los problemas y dilemas que surgen de la depresión, la ansiedad, el oposicionismo, etcétera.

Como resultado de estas percepciones comenzaron a producirse desarrollos de tipo ecológicos partiendo de las técnicas comportamentales y cognitivas. De una forma u otra, nació una concepción ecológica del tratamiento para el TDAH. Así una investigación encaminada a determinar la eficacia de las TCC según participan o no los padres, determinó con claridad resultados a favor de la inclusión de los padres en el proceso. La importancia de este estudio radica en su valor de comprobación empírica, aunque ya desde fines de los años 60 se había comprobado la eficacia de los abordajes familiares, aun en casos de severa desventaja social y/o biológica.

Training de Habilidades Parentales en intervenciones familiares

El relativo fracaso de las técnicas centradas en el niño con TDAH (en especial, los primeros intentos centrados en niños impulsivos y con comportamiento perturbador, en los años '50) llevaron al surgimiento de Programas de Entrenamiento dirigidos a los padres primero y con posterioridad entrenamientos e intervenciones en todo el



sistema familiar. Este complemento, puede agregar una gran mejoría para el período de tiempo en que la medicación no está haciendo efectos e, incluso, mejorar ostensiblemente la performance durante esos períodos.

Intervenciones en el medio escolar

Estrategias de educación y arreglos prácticos en el aula también son necesarios como parte del tratamiento.

Terapia Grupal Temática en el Contexto Escolar

Mucho del trabajo puede ser hecho en forma grupal y en el contexto escolar. En una escuela grande, es fácil formar un grupo de 6 u 8 niños que tengan un problema en común y cuyas diferencias en edad no sea pronunciada. Por ejemplo, podemos organizar un grupo que se reúna para realizar un trabajo sobre Resolución de Problemas, o sobre Técnicas Metacognitivas, o sobre Control de los Impulsos. Las actividades grupales serán breves, ocuparán poco tiempo del niño y al formar los grupos se deberá procurar variar la conformación de los mismos de una actividad a otra, evitando colocar siempre a los mismos niños en los grupos y a la vez, se deben incluir en estos grupos a niños que presentan estos problemas en forma menos intensa, e incluso a niños que no presentan ningún problema significativo, lo cual disminuirá la rotulación.

En esta línea de pensamiento “antirotulación” hay dos posibilidades que no han sido hechas en forma sistemática: integrar niños no problemáticos en el grupo e intervenir sobre el total del grupo áulico. En nuestra opinión, la intervención en todo el grupo áulico es muy promisoria, pero lamentablemente requiere un compromiso importante de la comunidad educativa y a la vez, un profesional capaz de manejar un grupo grande.

Tratamiento Multimodal, encuadre desde una perspectiva ecológica y sistémica

La óptica ecosistémica sostiene que no se puede comprender a nadie como individuo, sino es vista en su contexto relacional y también, que las modificaciones en ese contexto pueden ser tan útiles como las que se intenten en el individuo. Esta óptica

inevitablemente establece que al menos dos características básicas diferentes en contrato psicoterapéutico pueden modificarse: el número de personas que intervienen y el lugar donde sucederá la interacción terapéutica.

Un terapeuta ecosistémico por consiguiente está dispuesto, además de hacer lo tradicional, a dejar su consultorio y a trabajar con todas las personas que tengan algún grado de involucración con el problema.

¿Por qué es importante utilizar este encuadre y este abordaje?

El caso más frecuente está dado por la necesidad de concurrir a la escuela para explicar a los docentes la situación del paciente (psicoeducación en el ámbito educativo), escuchar directamente los problemas que tienen que enfrentar cotidianamente y trazar con ellos estrategias para enfrentar estos problemas.

Efectivamente, y a modo de ejemplo, no es posible generar una reunión para el diálogo y la producción de acuerdos entre asesores pedagógicos, maestros y profesionales a través de cartas, comunicaciones telefónicas o en el formato de una cita en el consultorio psicológico o médico. Ningún profesional debe obviar evaluar las disponibilidades de personal, los recursos pedagógicos y las capacidades edilicias de una institución antes de efectuar sus recomendaciones.

Formato básico del Tratamiento Multimodal (Primeras conclusiones)

Por consiguiente resulta lógica la Tabla siguiente. En la práctica clínica, la Psicoeducación y la Farmacoterapia forman el núcleo terapéutico básico o al menos las técnicas más utilizadas junto con el entrenamiento parental, aunque una vez que el equipo a cargo ha evaluado el caso debe recorrer el camino que se esboza antes de establecer el formato definitivo del tratamiento.

o Preguntas y Respuestas

¿El psicoanálisis es una terapia de elección?

No y en verdad eso un problema serio en un país como la Argentina, cuya inmensa mayoría de profesionales tienen formación psicoanalítica.

En principio, sería bueno explicar porque decimos: no. Los pocos estudios que existen para verificar la eficacia del psicoanálisis proporcionaron resultados poco alentadores en el tratamiento de problemas como la hiperactividad, la impulsividad y la desatención. W.A. Nathan de la Meeninger Clinic (de hecho una de las clínicas psicoanalíticas más respetables del mundo), ha sugerido un tratamiento multimodal de farmacoterapia, terapias cognitivas y comportamentales e intervenciones educativas articuladas desde una perspectiva psicodinámica podría ser útil. Es valioso por la aceptación, desde una postura psicoanalítica, del tratamiento multimodal como de las intervenciones cognitivas y comportamentales. La cuestión, es que un tratamiento así organizado, ya no es psicoanálisis, sino que la teoría psicoanalítica se utilizó como una manera de organizar intervenciones.

Probablemente el estudio psicoanalítico con mayor casuística es el de P. Fonagy y M. Target del Anna Freud Center (otra muy reputada clínica psicoanalítica).

Los resultados reflejaron que los niños con trastornos emocionales se beneficiaron más y mejor del tratamiento psicoanalítico que los niños con trastornos del comportamiento y que dentro de éstos, la psicoterapia de orientación analítica y el psicoanálisis, fue mucho más eficaz en los casos de Trastorno Oposicionista Desafiante (56%) que en los casos de TDAH (36%) y Trastorno de Conducta (23%).

En conclusión, cuando predominan los síntomas de TDAH en los problemas del niño la terapia psicoanalítica tuvo niveles de eficacia pobres.

Tratamiento Multimodal: Terapias constitutivas	
Abordaje Primario o Básico	Farmacoterapia Psicoeducación: Entrenamiento de Habilidades Parentales y/o Programa de Orientación familiar. Intervenciones áulicas y/o intervenciones educacionales. El equipo tratante debe interactuar activamente con el medio educativo.
Abordaje Secundario	Intervenciones reeducativas de orientación cognitiva y comportamental. Terapia Lúdica.
Tratamiento de Complicaciones y comorbilidades	Tratamiento Psicopedagógico (si cursa con Trastornos de Aprendizaje) Tratamiento Psicolingüístico (si cursa con Trastornos del Lenguaje) Tratamiento Psicomotriz (si cursa con Dispraxias) Psicoterapia de Familia y Pareja (según adecuación del sistema familiar) Psicoterapia individual y/o grupal del niño (según comorbilidades)

Tratamientos Psicosociales

por Lic. Ruben O. Scandar

14 | Psicoeducación

¿Qué es la psicoeducación?

Un ejemplo sería lo que usted está haciendo, leer un libro sobre el trastorno que le preocupa. Por lo tanto, usted se está informando sobre:

- ☺ ¿Qué es el TDAH?
- ☺ ¿Cómo es?
- ☺ ¿Qué rol cumplen los profesionales?
- ☺ ¿Qué rol puede tener la familia?
- ☺ ¿Qué tratamientos hay y cuales son sus ventajas y desventajas?
- ☺ ¿Cómo debo afrontar los problemas principales?

Implica una adquisición de conocimientos tanto teóricos como prácticos que le permitan afrontar exitosamente las exigencias de educar y criar a un niño que presenta un trastorno específico, en este caso TDAH.

El rol de los padres en el Tratamiento Multimodal

Desde que se demostrara la utilidad de educar a las personas involucradas con pacientes psiquiátricos graves sobre la naturaleza de la enfermedad, los tratamientos en curso, las actitudes benéficas y las perjudiciales, se desarrollaron los abordajes basados en la psicoeducación. Los padres han sido el objeto central de estos abordajes, aunque no se circunscriben a ellos, sino que se extienden a todos quienes tengan un rol como cuidadores o educadores.

Frente a alguna afección médica simple, que se pudiera solucionar tomando una píldora, los padres tendrían las siguientes tareas que surgen de razonamiento simple y de sentido común:

- ☺ Comprender porqué debe tomar “x” remedio.
- ☺ Consentir en la administración del mismo.
- ☺ Saber cómo administrarlo de forma confiable y consistente.
- ☺ Asegurarse de crear con ayuda del médico una percepción positiva de parte del niño acerca del tratamiento.
- ☺ Informar de los progresos o falta de ellos al profesional.

- ☺ Supervisar que todo siga así hasta el fin del mismo.
- ☺ Eventualmente, si la medicación tuviera alguna posible complicación, saber a qué prestar atención con el fin de avisar al médico y/o suspender el tratamiento para luego utilizar otro fármaco.

En el caso del TDAH los remedios son de gran utilidad y en el caso que hayan convenido con el médico tratante el abordaje farmacológico, deberán aprender todo lo que recientemente hemos señalado, pero aunque los remedios son muy útiles, no hacen milagros. El rol de los padres en el Tratamiento Multimodal consistirá en ir más allá:

- ☺ Garantizar la realización de los tratamientos ya mencionados
- ☺ Crear un ambiente amistoso y “nutritivo” para su hijo a partir de una comprensión del trastorno, adaptando parcialmente la manera de conducirse.
- ☺ Aprender técnicas de modificación comportamental y de desarrollo de habilidades, tanto en forma directa o e. colaboración con otros profesionales.
- ☺ Aprender técnicas de comunicación efectiva.
- ☺ Ser más eficaces en resolver los conflictos que sucederán en torno del niño (dentro y fuera de la familia).
- ☺ Abogar por el hijo en la escuela y asociarse a la misma para promover cambios.

En definitiva, los padres tienen un rol extremadamente valioso. No en vano, se considera como un factor pronóstico, la estabilidad emocional de los padres y sus habilidades cognitivas, de comunicación y diálogo.

De diagnosticar a conceptualizar

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico el profesional que ha realizado el mismo debe proceder a explicar a los padres, ya no de qué manera genérica, sino de forma específica: debe personalizar y precisar el diagnóstico. Personalizar significa ir del diagnóstico a la persona: explicar a los padres qué tipo de TDAH tiene el niño, cómo interactúan los síntomas secundarios y los posibles trastornos comórbidos en función de problemas concretos del niño en cuestión y no de “los niños con TDAH” y de que rol están jugando las situaciones socio ambientales. Si diagnosticar es poner un rótulo, personalizar es volver al individuo único e irrepetible al que se debe asistir. En otros términos: personificar es conceptualizar el caso y no simplemente diagnosticar.



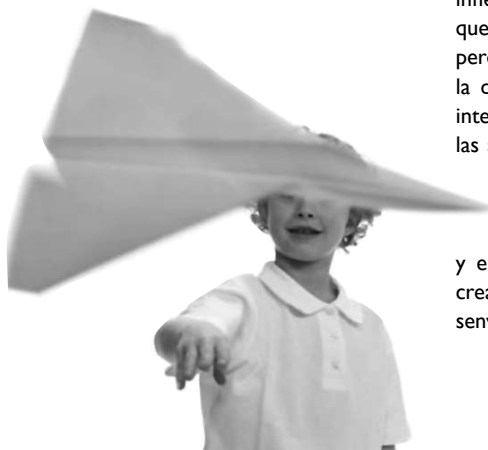
¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Al diagnosticar se clasifica siguiendo procedimiento científico. Al conceptualizar se integra el diagnóstico en una comprensión profunda de la persona, su historia, y su contexto social y familiar para intervenir de forma eficaz.

Julián tenía 8 años y el psiquiatra de niños les dijo a sus padres lo siguiente:

“Efectivamente, tiene TDAH (diagnosticar) como habíamos sospechado. Sin embargo, es necesario que prestemos mucha atención a dos aspectos muy importantes: la inflexibilidad de carácter y la facilidad con que se frustra (elementos importantes pero que no fueron síntomas decisivos en la decisión diagnóstica). Julián es un niño inteligente que percibe sus dificultades y las adjudica a que es tonto, esto aumenta sus problemas de autoestima. Por otro lado, la escuela tiene un énfasis excesivo en el conocimiento memorístico y en la producción escrita: por ende, su creatividad y mejores posibilidades de desenvolverse de manera verbal no pueden



desarrollarse (conceptualizar).

Obviamente, es hiperactivo, impulsivo y tiene un tiempo de atención corto, no me olvido de ello, pero me parece que los factores recién señalados no deben dejarse de lado si deseamos tener un panorama exacto de la situación." Ahora el profesional está utilizando el diagnóstico y la conceptualización para programar intervenciones en el ámbito fisiológico, psicológico, social y educacional. En realidad este es solo el comienzo, pero nos parece que sirve como demostración.

Así es que los padres tienen que convertirse en especialistas en sus hijos, no en TDAH, sino en la manera que el TDAH y cualquier otro trastorno se "personifica" en su hijo.



Lo difícil y problemático de ser padres de un niño con TDAH

La literatura científica abunda en estudios que demuestran que ser padres de un niño que presenta las características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es mucho más difícil, exigente y frustrante que criar a un hijo sin TDAH, en especial en sus Tipologías Combinada y Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo. Estas aseveraciones adquieren más peso específico cuando el niño además presenta alguna comorbilidad, en especial Trastorno de Conducta, comportamientos desafiantes y/o trastornos del humor.

El siguiente es un listado breve de situaciones o factores que debe afrontar una familia que debe criar un niño con TDAH (aquí enfocaremos en los niños con predominio de síntomas de hiperactividad e impulsividad).

☺ Un número importantes de niños con TDAH fueron difíciles desde el

nacimiento, por ejemplo, hubo dificultades en establecer horarios de sueño y alimentación, no fueron fáciles de confortar, eran activos y estaban mucho tiempo despiertos, etcétera.

- ☺ Eventualmente, al comenzar a caminar comenzaron a exigir mucha supervisión de los padres. El nivel de involucración entre el niño y sus cuidadores se mantiene alto y es progresivamente restrictivo.
- ☺ Problemas conductuales ya en el ciclo inicial (de 3 a 5 años): peleas frecuentes, otros niños lo rechazan, no se permite su asistencia a salidas especiales si no es acompañado por los padres, etc...
- ☺ En los eventos familiares: corre en exceso, tiene actitudes temerarias, se pelea con otros niños, obliga a los padres a una supervisión más estrecha en las situaciones sociales. En ocasiones los padres optan por no llevar al niño e incluso buscan excusas para participar lo menos posible.
- ☺ Las salidas de toda la familia a lugares públicos se restringen o bien, se turnan para no ir con el niño, por ejemplo, no van todos juntos al supermercado. La asistencia a clubes deportivos o de campo puede volverse problemática.
- ☺ No pocas veces, hasta los abuelos se muestran poco dispuestos a quedarse con los niños, dificultando a los padres crear espacios de esparcimiento.
- ☺ Iniciado el proceso escolar formal las demandas sobre la familia se intensifican: no rinde de acuerdo a sus posibilidades, se comporta de forma inapropiada, etc. y hay que llevar al niño a tratamientos, destinar una parte importante del presupuesto para costear medicaciones y terapias.
- ☺ El mundo social de la familia en general tiene una actitud de condena hacia los padres: los considera incapaces, abusivos, "manos blandas", etcétera. Los padres restringen en gran medida su participación social.

Los padres de estos niños hiperactivos en general tienen problemas con emociones como la ira y el miedo. La ira por la frustración permanente y el rechazo que sufren. El miedo por la incertidumbre que depara en el futuro de sus hijos e incluso en el presente, cuando temen por su seguridad (accidentes, etcétera).

Modificar el ambiente implica también cambiar la manera de relacionarme con el niño

Los padres deben conseguir esto a través de la psicoeducación y del entrenamiento

parental. Más adelante se desarrolla en qué consiste el entrenamiento parental y cuales son algunas de las técnicas específicas. La cuestión en este momento es comprender algunos pasos básicos, es decir, que se deben poner en marcha no sólo al principio del programa sino durante todo el futuro, adaptándolo a las circunstancias, pero respetando el espíritu:

- ☺ Una perspectiva balanceada integrando los "lados fuertes.
- ☺ Tomar una decisión juiciosa sobre la medicación.
- ☺ Organizar la vida familiar de una forma estable.
- ☺ Aprender cuando "mandar", cuando ayudar a desarrollar habilidades y cuando esperar, al menos con resignación temporaria.
- ☺ Moderar las respuestas emocionales.
- ☺ Mejorar la organización familiar.
- ☺ Mejorar la autoestima del niño.
- ☺ Utilizar un estilo de comunicación afirmativo.
- ☺ Integrar positivamente a todos los adultos significativos involucrados.
- ☺ Abogar por el niño apropiadamente ante terceros: familiares, vecinos y docentes.

La experiencia ante todo ha enseñado que un objetivo de primera magnitud es "cambiar el vínculo entre padres e hijo en una dirección positiva" porque los padres llegan a la consulta buscando ayuda para sí mismos y para su hijo luego de un grado de deterioro en la relación con el mismo.



¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Si quieres cambiar en tu relación con alguien: tendrás que cambiar:
¡Da el primer paso, más aún, también el segundo...!

Frecuentemente, la relación entre padres e hijo con TDAH se encuentra signada de manera negativa: los padres pueden, sin querer, haber desarrollado la capacidad de ver sólo los aspectos disfuncionales del niño. La autoestima de todas las personas involucradas estará dañada: los padres se sentirán ineficaces y el niño un fracaso.

Es imperativo modificar la autoestima de los padres y de los niños y todos sabemos cuán dependiente es la autoestima de un niño de la estimación que él hace del amor de los padres. Baste por ejemplo el siguiente ejercicio. Dar a los padres cuatro hojas. En la primera dirá: "escriban todos los aspectos negativos y preocupaciones

sobre su hijo”; en la segunda, “escriban las formas habituales en que lo critican o corrijan”; en la tercera: “hagan un listado de todo lo que hace que su hijo sea maravilloso” y en la cuarta, para concluir, “las maneras en que lo halaban, elogian y premian”. En verdad, alcanza con plantear la tarea para que comprendan que con facilidad les vienen a la mente defectos, críticas y enojos pero que los ejemplos inversos, surgen con lentitud y dificultad. La madre lo llama a su hijo diciendo “¿Luis? ¿Puedes venir?” con la intención de pedirle que le alcance algo y el niño le responde: “¿Qué hice?”. O bien, el niño está jugando en su cuarto y la madre que hace unos minutos que no escucha de él se dirige hacia su habitación expresando “¡Estás muy callado! ¡Qué travesura estarás haciendo!” Son ejemplos casuales y simples. En un contexto de esta naturaleza, los padres de Luis y ellos mismos no conseguirán poner en escena buenos resultados. Muchos niños y padres se han dado por vencidos a pesar de que “parecen” seguir intentando.

De este modo, hay que dejar atrás el diagnóstico, que no es más que un inventario de defectos para dar un paso en la dirección de conocer las virtudes, en este caso, de Luis. ¿Es inteligente? ¿Es ingenioso? ¿En qué se destaca? ¿Tiene alguna materia preferida? ¿Qué tipo de inteligencia tiene? ¿Es solidario? ¿Tiene algún hobby? La pregunta sobre el tipo de inteligencia apunta en la dirección de las “inteligencias múltiples” y de la “inteligencia emocional”. aunque son conceptos con justeza tan criticables como el de inteligencia mismo.

o Preguntas y Respuestas

¿Algunos profesionales se niegan a realizar diagnósticos, dicen que no quieren rotular a sus pacientes o que otros los rotulen? Es una preocupación muy atendible pero que no puede estar en el puesto uno de las prioridades cuando se trata de ayudar a otro ser humano. Es atendible porque las personas, ya sean padres, profesionales o docentes, tienen la tendencia a simplificar y generalizar en exceso: adjudican todo lo que le pasa al niño a su TDAH y pierden de vista que esto no siempre es así, creen que el TDAH es como una “entidad autónoma y todo poderosa” que maneja al niño desde adentro sin que ellos puedan realmente interactuar con el niño de forma diferente cambiando los resultados. La psicoeducación se ha hecho justamente para evitar todos los efectos negativos de la “rotulación” y para que todos los actores sociales frente al problema, incluyendo al

niño, sepan qué es y no es el TDAH y qué deben hacer. No debe estar en la primera lista de las prioridades, porque induce a muchos errores: el principal de ellos y más común es que los padres nunca terminan de entender qué le ocurre a sus hijos y qué pueden esperar de sí mismos, del niño, del profesional, etc...

En síntesis: los peligros de la rotulación diagnóstica desaparecen con la conceptualización y el tratamiento multimodal.

¿Todos los padres pueden recibir esta psicoeducación?

En mi opinión hasta cierto punto sí, no importa el grado de educación o inteligencia de los padres, un buen profesional puede conceptualizar lo que ocurre, el problema real es cuando el obstáculo se basa en otros aspectos: por ejemplo, un padre que ha tenido el trastorno de niño y aún sufre las consecuencias del mismo y se niega a ver y verse en lo que le pasa al niño: esa una situación compleja que requiere voluntad y psicoterapia, no alcanza con una simple psicoeducación.

15 | Entrenamiento de Habilidades

Veremos una sinopsis del Entrenamiento. Se puede aceptar que el tratamiento farmacológico es una de las primeras opciones disponibles para abordar la problemática del niño con TDAH, especialmente en los casos severos. Sin embargo, es conocido que un número significativo de niños no mejoran con los fármacos (alrededor del 20%, dependiendo de las drogas y formas de administración disponibles en cada país), que aproximadamente un 50% de los niños con TDAH que están en tratamiento no reciben tratamiento farmacológico por distintos motivos, entre ellos la oposición de los padres y la de los propios pacientes y, finalmente, que los niños con TDAH tienen altas probabilidades de presentar otros trastornos disruptivos del comportamiento (trastorno oposicionista desafiante y trastornos de conducta), sobre los cuales los abordajes farmacológicos o son menos eficaces o requieren la combinación de otras drogas. Además, es un hecho conocido que las familias de los niños con TDAH están sometidas a un estrés más alto que el de las familias de los niños sin TDAH, así que intervenciones que contemplen el grupo familiar y permitan ver los síntomas del niño desde una perspectiva relacional entre lo que el niño trae como “dado” y las posibilidades de su medio ambiente, deben considerarse en un plano de igualdad

y complementariedad que el tratamiento farmacológico. Así es que es opinión generalizada, que el tratamiento de los niños con TDAH debería ser siempre multimodal y si bien, podría llegar a prescindirse de la farmacoterapia según el caso y el grado de desajuste, difícilmente sería una buena práctica profesional obviar el entrenamiento a los padres, entre otras opciones psicoterapéuticas y educacionales disponibles.

Provea un ambiente amistoso

Aceptemos que en los niños con TDAH se pueden presentar problemas vinculados: la hiperactividad e impulsividad, la inatención y el déficit de regulación de los estados de ánimo (baja tolerancia a la frustración, inflexibilidad, hipersensibilidad y en no pocas casos: berrinches o rabietas y/o ataques de ira bastante explosivos). Aceptado esto, debemos comprender que un niño en el que se dan estas características puede presentar dificultades significativas en desarrollar las habilidades necesarias para comportarse apropiadamente en un cúmulo de situaciones y dado que no se trata de una actitud voluntaria o caprichosa de parte del niño, los adultos significativos involucrados en su crianza harían bien en habilitar caminos para facilitarle afrontar tales situaciones y, posteriormente, desarrollar las habilidades específicamente involucradas en cada situación.

Para ello, deberán hacer un listado de áreas en las cuales sus hijos requieren una “ayuda” especial y deberán efectuar acomodamientos siguiendo un plan específico.

Veamos tres situaciones problemáticas comunes ligadas a la hora de la comida tomadas de un niño llamado Ricardo que tiene 10 años.

La primera se vincula con la hiperactividad: se mueve en exceso, necesita levantarse de la mesa, toca constantemente utensilios o la comida, mueve las piernas y golpea sin querer a otros por debajo de la mesa, se inquieta si hay que esperar demasiado entre un plato y otro, y eso da lugar a interacciones molestas con los hermanos, etcétera.

La segunda se vincula con la inflexibilidad y la baja tolerancia a la frustración: está jugando en su habitación y llega la hora de la comida, dado que se encuentra en medio de un juego reacciona de mala manera ante los pedidos reiterados para que llegue a la mesa antes que la comida se enfríe.

Y, finalmente, en la tercera está implicada, la inatención: Ricardo continuamente deja incompleta la realización de las tareas hogareñas para implicarse en una actividad lúdica.

Aunque se especificará cómo actuar de forma específica en estas situaciones, antes de hacerlo nos gustaría dar algunos principios conceptuales generales a tener en mente.

- **En primer lugar**, los padres deben ser realistas en cuánto al comportamiento involucrado. Por ejemplo:

- *Situación 1 (Pensando en hiperactividad a la hora de las comidas):* ¿Es un tema de tal importancia y gravedad como para afrontar una situación escandalosa hasta las últimas consecuencias? ¿Cuál es el grado de inhibición motora que el niño puede poner en marcha? ¿Por cuánto tiempo? ¿Cuál es el costo medido en estrés tanto del niño como de la familia? ¿Hay alternativas sin resignar los principios educativos básicos?

- *Situación 2 (Pensando en la inflexibilidad y dificultad para controlar las respuestas emocionales):* ¿Cuál es la capacidad del niño para manejar la frustración en curso? ¿Es o era estrictamente necesario que afronte tal frustración? ¿Es común que le cueste pasar de una actividad placentera a otra común o no placentera? ¿Su mala reacción debe ser considerada una “falta de respeto” y por ende sometida a una cuestión disciplinaria?

- *Situación 3 (Enfocándonos en la inatención):* ¿Cuál es el tiempo de atención en el que realmente puede trabajar bien? ¿Qué momentos del día son más propicios? ¿Tiene los conocimientos requeridos? ¿Qué grado de supervisión necesita? ¿Debo motivarlo de alguna forma?

En segundo lugar, frente a cualquier situación problemática los padres deben mantener la “cabeza fría” y tratar de arribar a “buen puerto”. Es decir, que no deben dejarse llevar por la dinámica propia de la situación. Es apropiado tener un objetivo claro y el consiguiente plan, saber cuándo intervenir de forma preventiva y cómo actuar. Siguiendo nuestros ejemplos: es imprescindible actuar antes que Ricardo comience a molestar a los hermanos, a que los reiterados llamados a la mesa hayan producido una “explosión” de mal humor o bien, antes que abandone la tarea y la emprenda con un juego. Supongamos, sin embargo, que Ricardo ya ha contestado mal y a los gritos, los padres deberán ser capaces de controlar sus propias emociones y conducir la situación al mejor final posible: recordarán el objetivo que tienen frente a esas situaciones (incrementar la capacidad del niño para no seguir adelante por un camino errado, una vez que se metió en él por ser tan impulsivo), el método que

tienen (prestarle control y no amplificar las emociones negativas de Ricardo), etcétera.

En tercer lugar, de la misma manera que es apropiado que los padres hagan un listado de problemas específicos a ser solucionados, también deberían hacer un “mapa de las zonas minadas”: es decir, cuáles son las situaciones que disparan en el niño una intensificación del problema y convierten a todos en menos hábiles de lidiar con la situación problemática. En este sentido: si la hiperactividad en la mesa o dejar los juegos para ir a comer son problemas deberían tener planes específicos de cómo afrontarlo y éstos deben incluir respuestas para los obstáculos previsibles.

En cuarto lugar, es necesario aprender como seguir en una posición de autoridad sin tener que ubicarse en una actitud autoritaria y/o confrontativa.

Ser un líder democrático es imprescindible, los niños que se encuentran inmersos en una situación emocional compleja reaccionan mucho mejor hacia un padre al que ven como un “auxilio” o “salvador” que al que ven como un enemigo: (Ricardo acaba de tratar a su padre de “mal nacido de m...”, porque a fuerza de tanto insistir con que vaya a la mesa acaba de perder en el video juego, así es que se acerca y le dice en tono firme y tranquilo) “la comida se enfría, vamos a comer y cuando te hayas calmado hablaremos sobre gente bien nacida. Estos temas son muy importantes y nunca hay que hablarlos en medio de tanto enojo”. Es sumamente relevante que el padre de Ricardo no se olvide de volver sobre el tema, de expresarle que comprende que él dice esas cosas porque está furioso y que tiene que aprender a controlarse pensando en las consecuencias de lo que dice ya que la familia conoce sus verdaderos sentimientos pero que el resto de la gente no y se dejará llevar por la falsa impresión que producen sus explosiones de mal genio. Incluso, si lo cree necesario, puede hacer un contrato comportamental con el fin de motivarlo a modificar progresivamente el comportamiento.

En quinto lugar, si su hijo tiene reacciones inapropiadas en una situación en que la frustración y la ira lo llevan a “explotar”, no haga de eso una cuestión trascendente, moral y personal. En el párrafo precedente, el padre seguía totalmente en uso de autoridad y a la vez se negaba a tomar el insulto como una cuestión personal (como habría sido en el caso común en que se responde: “¡Quién te cree que eres para insultarme! ¡Mocosos de porquería...!”

En sexto lugar, hay que afrontar el problema en cuestión siguiendo lineamientos claros y específicos. Para las dos situaciones dadas faltan algunas respuestas concretas que damos brevemente a continuación.

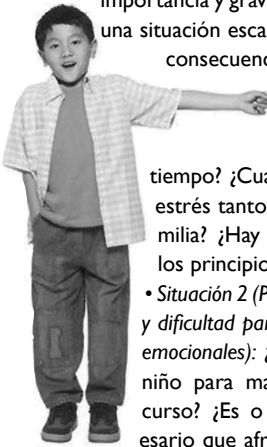
En la situación vinculada con la hiperactividad en la mesa algunos consejos pueden ser los siguientes: sentar al niño en una posición en la que tenga facilidad para entrar y salir o bien, en la que sus movimientos de pies no molesten a sus hermanos; en los tiempos de espera dejarlo levantar o darle alguna actividad para realizar (la misma puede ser rotativa con el o los hermanos); permitir movimientos que no creen conflictos (jugar con migas de pan o moverse en la silla); incrementar la propia capacidad para tolerar el movimiento ocioso del niño (muchos padres se irritan y molestan por el movimiento en sí, aunque éste no ocasione un problema específico), etcétera.

En la situación ligada a la inatención: se podría haber establecido que hará la tarea por partes; a una hora determinada; en un lugar tranquilo de la casa alejado de distractores; manteniéndose cerca para alentar y supervisar; ofreciéndole algún refuerzo y establecer con firmeza que dentro de determinados horarios los video juegos no están permitidos, etcétera.

En la situación vinculada con la inflexibilidad para dejar un juego e ir a comer un consejo clásico sería el siguiente: los padres han anticipado que la situación es problemática, así es que tienen un plan: avisarle con diez minutos de anticipación, elaborar un consenso con el niño sobre si se esperará a que termine (llegando hasta un punto determinado del juego) o bien, si dejará el juego en pausa (hay juegos que permiten esta modalidad), volverán a avisarle pocos minutos antes y, finalmente, deberán decidir de quien es el problema de comer la comida caliente, tibia o fría.

Espontaneidad y control de las emociones

No puede ser espontáneo si eso implica desplegar emociones nocivas (es el caso de la ira), sin embargo, debe aprender a manejar sus estados afectivos con el fin de poder expresar estados emocionales positivos de forma auténtica. Claramente, este no es un camino fácil, pero no tenemos otro disponible ya que el dicho “el fuego se apaga con fuego” no se aplica para nada en el caso de los niños con TDAH y/o con dificultades de oposicionismo o problemas de conducta. Digámoslo de forma terminante: no sirve, más allá de que pueda ser incluso, moralmente cuestionable.



Para manejar nuestras respuestas emocionales, el primer paso, es clarificarse con mucha honestidad sobre su naturaleza. Por ejemplo: ¿Si Ricardo fuera su hijo/a que emociones habrían dominado su estado de ánimo? Imaginemos las siguientes respuestas: “Ricardo me enoja, no tolero que me insulte” (situación 2).“

... me pone nervioso/a que se encuentre continuamente en movimiento y que no deje tocar las cosas provocando pequeños ruidos” (situación 1), “siento ganas de agarrarlo por el cuello” (situación 2), “me siento frustrado/a y me quedo resentido/a porque siento que todo esto es muy injusto, me hace la vida muy difícil” (situación 1, 2 y 3), “cuando se enfurece siento miedo” (situación 2) “me da mucha pena, ya que pienso que así nadie lo va a querer y a aceptar” (situación 1 y 2) y finalmente, “sufro pensando que no tiene futuro si no aprende a estudiar qué y cuándo es necesario” (situación 3).

Así es que hemos hecho un breve recorrido: ira, resentimiento, miedo, tristeza y pena. Las emociones no son buenas o malas en sí mismas, aunque algunas gocen de mejor prensa. Todas ellas forman parte de nuestro bagaje genético para afrontar la vida, para decirlo de manera simple y breve: son sistemas de respuestas altamente programados de forma genética para responder de forma más o menos automática frente a situaciones que concebimos de una manera u otra. Por ejemplo, si concebimos una situación como peligrosa, sentiremos miedo en una relación directamente proporcional: a más peligro más miedo. Obviamente, en el curso de la vida aprendemos a través de las interacciones con el ambiente, qué es y qué no es peligroso. Esta es una de las principales razones para negarnos a etiquetarlos con rótulos del tipo “bueno” o “malo” a lo que sentimos y muy especialmente, cuando la situación no se nos ha vuelto comprensible.

Sinceramente, no obstante, descreemos de la posibilidad de que las emociones mencionadas en el caso que tratamos (Ricardo) sean útiles para conseguir crear un ambiente más amigable en el que Ricardo, o cualquier otro niño, pueda aprender a comportarse de manera más apropiada. Pero aunque hemos sido programados doblemente (genética y ambientalmente) para responder de una manera determinada ante la ira de otra persona: ataque o huida; dado que somos seres reflexivos (me gusta más que racionales), podemos revisar en nuestra mente una situación después de haber actuado e incluso, representarnos las consecuencias de una acción y evaluar alternativas, sin tener que re-

sponder. La mente, a través de la reflexión puede desarrollar significados nuevos para una situación y por ende poner en marcha soluciones diferentes, de modo tal que en una situación frente a la que estábamos “programados” para responder con ira o bien escapando, lo hagamos con calma y simpatía. ¿Cómo lograr este milagro?

En primer lugar es necesario comprender que el niño no se mueve (situación 1) para fastidiarnos, que no tiene dificultades para desengancharse de una actividad (situación 2) con la finalidad de molestarnos o hacernos enojar y por último, que no tiene un tiempo atencional corto (situación 3) para ser un fracaso. Es así de simple y difícil. La dificultad estriba en que hay que detenerse a pensar y no dejarse llevar por arrebatos emocionales, programados para ser exitosos en otros contextos.

El padre de Ricardo podría preguntarnos: “¡Muy bien! ¿Pero qué debo pensar?

Usted deberá pensar hasta internalizar que su hijo no es caprichoso, malcriado, vago, malo, etcétera: su hijo tiene una dificultad neurobiológica que lo conduce a tener un nivel de actividad impropio, un perfil atencional breve y con inflexibilidad y baja tolerancia a la frustración. Así es que su comportamiento no es “bueno o malo”, pero sí puede ser inadecuado, inconveniente, etc....

De una forma u otra, debemos ser capaces de comprender que el niño, no “nos” hace a nosotros los síntomas de hiperactividad, impulsividad, desatención, etcétera. Estos niños “no tienen un problema personal” con sus padres y se han decidido a ser un estorbo. Más bien, ellos han venido al mundo con algunas disposiciones naturales que les hacen muy difícil afrontar muchas situaciones comunes de la vida, aunque no por ello, esas mismas disposiciones no encierran posibilidades.

¿Qué hacer con la ira que mi hijo desata en mí?

Estábamos señalando que en primer lugar había que luchar contra algunas concepciones equivocadas. En segundo lugar, pero no menos importante, debemos tratar de comprender mejor esa ira o enojo. En la evolución de la especie humana está clara la unión entre el miedo y la ira: frente a ciertos peligros, cuando no se puede ni se debe huir, puede ser apropiado un acto de “coraje”. Claro está que a veces esa conexión no es apropiada.

En situaciones de extrema angustia como



¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Los niños no “nos” hacen a nosotros lo síntomas de hiperactividad, impulsividad, desatención, etc...

la que representa el miedo sino se activa un mecanismo de fuga, es posible que aparezcan sentimientos de ira y la subsiguiente agresión. En general, cuando los niños presentan desobediencias, hiperactividad y/o actos impulsivos que lo exponen a accidentes es común que los padres sientan mucho miedo (aunque en general lo que registras es irritación) y no pocas veces, al no poder modificar tales comportamientos terminen encasillándose en respuestas basadas en la ira.

También es común que esto acontezca cuando nos sentimos muy impotentes. Por ejemplo, los padres de Ricardo, habían pasado muchas veces por escenas similares a la relatada a la hora de comer y frente a las reacciones de él habían concluido en que nada de lo intentaban daba resultado y en vez de pensar, que debían cambiar su forma de conducirse, depositaban toda la responsabilidad en Ricardo y eso abría las compuertas para una descarga de ira, inútil a la hora de modificar la conducta y dañina por sus consecuencias. ¿Porqué no lo dejaban hacer lo que quisiera? Obviamente, también por el natural miedo que sienten los padres: “si no lo educo bien, le va a ir mal en la vida”.

De una forma u otra, los padres deben conectarse con sus miedos y afrontarlos para evitar caer en situaciones de ira. Siempre es mejor pensar que “estoy asustado porque no sé como viviría si a él le pasara algo” que darle una tunda atroz porque le ha dado una descarga eléctrica.

La impotencia, sin embargo, no surge solamente por la incapacidad para protegerlo de peligros. También surge de la intensa frustración de muchos padres que sospechan que su hijo no es como los demás, que no podrá ser esto o lo otro en la vida, o expresado de la forma más bella posible: “me asusta que no pueda ser feliz”. Aquí es necesario separar la paja del trigo. Es legítimo el dolor que pueden sentir los padres cuando ven a su hijo que



¡ IMPORTANTE !

No olvide que:



La ira o el enojo no se pueden descargar libremente: porque implican violencia y destrucción.

no puede hacer algo que los demás hacen con más facilidad; pero también es cierto, que en nuestros hijos hemos puesto mucho más: expectativas, deseos o proyectos que esperamos que ellos cumplan, incluso, el benigno de ser felices. La verdad es que muchas veces simplemente estamos mostrando nuestro desagrado y rechazo por la frustración que el niño nos infiere

Además de enojarnos cuando nuestras expectativas no se cumplen, también nos deprimimos. En verdad, las personas depresivas muchas veces reaccionan con bastante violencia frente a sus hijos. No se trata de la depresión vista desde la óptica de la persona desganada que no quiere ni comer ni levantarse de la cama, sino de aquella depresión caracterizada por el mal humor, cambios abruptos en el mismo, irritabilidad, hiperreactividad, etcétera. Esta es una fuente muy común de problemas.

Procedimientos para acomodar el comportamiento a la realidad de su hijo

Además de examinar las angustias que se suscitan y que pueden provocar ira, también debemos observar que esas ansiedades se deben con alguna frecuencia a errores de apreciación de los padres. Si bien hemos sido programados a través de la evolución de la especie para reaccionar de determinada manera cuando nos sentimos amenazados, es dudoso de que el ser humano traiga en su código genético un listado de situaciones peligrosas, sino que más bien, en el curso de su vida aprende que algunas situaciones lo son desde un punto de vista u otro.

No siempre ese aprendizaje ha estado bien encaminado, por ejemplo, en muchas ocasiones vemos a los padres reaccionar frente a comportamientos inofensivos de sus hijos como si se expusieran a grandes peligros o cometieran graves faltas morales. Clasificada de tal manera una conducta, es lógico que los padres pongan en marcha una reacción extrema y si tienen la desgracia de que su hijo es un poco terco, inflexible e impulsivo, se encontrarán con que su reacción en vez de dar por terminado con el problema sólo lo ha agrandado.

Nos parece útil el siguiente esquema de-

sarrollado siguiendo las ideas de R. W. Greene¹ aunque no es exclusivo para niños con TDAH. Él nos invita a que dialoguemos con los padres con vistas a establecer si el comportamiento debe ser clasificado en la canasta A, B o C; ya que en cada caso nos habremos de comportar de manera diferente. El objetivo final es que los padres desarrollen la capacidad de hacer esto por su propia cuenta.

Las tres canastas de Ross Greene

Comienza preguntando lo siguiente:

¿Está seguro que su hijo puede producir el comportamiento adecuado?

Si la respuesta fuera “no”, entonces, no deberíamos enojarnos y no importa cuán importante fuera ese comportamiento deberíamos recurrir a ponerlo en una canasta que él denomina “C” (salvo que sea una cuestión de seguridad o moral). En ella colocamos aquellos desempeños que sin importar su relevancia están fuera de las posibilidades del niño. Por ejemplo, muchos padres se perturban seriamente porque el niño mueve continuamente las piernas debajo de la mesa, le cuesta permanecer sentado durante las comidas, etc. Los padres deben resignarse, pero no de manera pasiva: deben colocarlo en un sitio de la mesa donde sus movimientos de piernas no molesten y deben permitirle levantarse de la mesa siguiendo ciertas reglas (esto sí podrá hacerlo ya que corresponde a la canasta “B”), por ejemplo, terminar su porción de comida antes de un tiempo específico, etc.

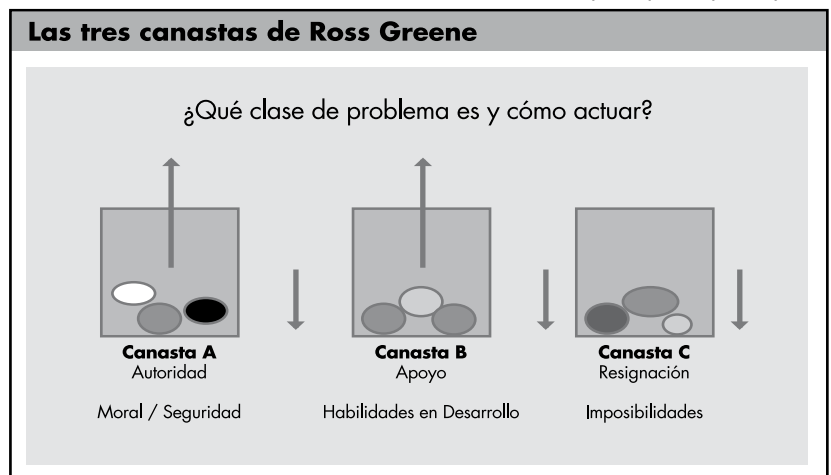
En el caso de que la respuesta fuera “sí”, él nos preguntaría lo siguiente: ¿Es un tema de tal importancia y gravedad como para



afrontar una situación escandalosa hasta las últimas consecuencias? Si la respuesta fuera “sí”, nos pediría que lo pongamos en la canasta “A”. En la canasta “A” se colocan los desempeños que el niño tiene a su alcance e involucran cuestiones de seguridad o gravedad moral, por ende, no pueden ser pasados por alto y se debe estar dispuesto a imponer la autoridad parental a cómo dé lugar. Aquí no hay nada para discutir o negociar. Obviamente, no hay que empezar a los gritos, pero se debe estar dispuesto a ir hasta el fondo.

Sin embargo, la mayoría de las respuestas es “no” a esta importante pregunta que vale la pena repetir: ¿Es un tema de tal importancia y gravedad como para afrontar una situación escandalosa hasta las últimas consecuencias?

Entonces, cuando esta pregunta se responde en forma negativa corresponde colocarlo al comportamiento de que se trate en la canasta “B”. En esta canasta colocamos comportamientos que están al alcance del niño pero que no puede poner



¹ Greene, R. W. The explosive Child, HarperCollins, New York, 1998.

en práctica sin algún grado de auxilio, supervisión o aliento de parte de los padres. Se trata de casos que deben suscitar en un trabajo de ayuda destinado a conseguir que el niño desarrolle las habilidades aún o adquiridas y/o deficitarias. Cuando tratamos el ejemplo de Ricardo (situaciones 1,2 y 3) se trataba de comportamientos para la canasta "B".

Un clásico problema es que los padres de niños con TDAH, Trastorno de Conducta, Trastorno Oposicionista Desafiante, etcétera por las dificultades propias de la crianza de estos niños, tienen en general demasiadas "pelotas" puestas en la canasta "A" o bien en la canasta "C". E incluso, puede ser, según el día, que tiendan a actuar como si hubiera muchas bolas en la canasta "A" o bien muchas en la canasta "C". Es parte de lo que incluimos bajo el concepto de comportamiento parental errático.

Cuando una persona piensa que un número importante de comportamientos cotidianos se corresponden con los criterios de la Canasta "A" tiende a intervenir en forma muy autoritaria, constante y de manera muy restrictiva en muchas situaciones en las que no está justificado: por ejemplo, en el caso de la madre que se enoja con el niño que no puede leer correctamente la palabra "terminado". Más allá del concepto de justicia o no, está creando un ambiente altamente negativo con su hijo de forma innecesaria. Este ambiente será un factor de estrés para ella y su familia y en cuanto al niño puede potenciar su conducta, ansiedad y disminuir seriamente su autoestima.

Si los padres tienen muchas conductas puestas de manera errónea en la Canasta "C" tiende a subestimar las capacidades de su hijo, lo justifican, no lo exigen en la medida necesaria, no se instrumentan a sí mismos para que él consiga los logros sino que lo disculpan por no hacerlo o bien lo hacen en su lugar. Aquí el niño es disminuido en su autoestima y mantenido en un nivel de funcionamiento por debajo de sus reales posibilidades, ya que pudiendo ponerse en práctica conductas propias de la canasta "B" se actúa con resignación y, en el caso, que algunas correspondieran a la canasta "A" se le toleran comportamientos inaceptables.

Así es que el ejercicio de mirar con atención siempre si un comportamiento debe ser descrito en términos de las "canastas" es muy útil para que los padres puedan adecuar su grado de reacción a lo auténticamente necesario en cada situación.

Exigir, pasar por alto y enseñar ¿Cuándo y cómo?

Es sumamente importante contar con cinco maneras de abordar la cuestión:

- ☺ Organizar la vida familiar.
- ☺ Dialogo fluido entre los padres.
- ☺ Asesoramiento profesional, la capacidad para revisar la experiencia de manera crítica pero positiva
- ☺ Empatía: la capacidad para ponerse en el lugar de su hijo.

Organización

La principal utilidad es prevenir situaciones problemáticas ya que la mayoría de los niños con TDAH y/o algunos de sus frecuentes trastornos comórbidos tienen problemas con la organización y el manejo apropiado de las transiciones, es decir, cuando hay que pasar de una actividad a otra. Un hecho a favor es que esto no es tan así cuando está firmemente establecida una rutina o hábito, por ello, es bueno que la actividad familiar se halle sujeta a un orden constante y lo suficientemente flexible como para contemplar las peculiaridades de cada niño.

Por ejemplo, si los padres tienen horarios estables para las comidas y han establecido una rutina para ayudarlo con la transición entre los videos games y la comida se evitarán muchos momentos desagradables.

Así es que sería apropiado que los padres tuvieran seis horarios estables: despertarse, desayunar, almorzar, merendar, cenar e irse a dormir. Esos seis horarios son los hitos sobre los que hay que ordenar: los horarios para las tareas, el juego y la vida social y familiar.

Organización del tiempo

A continuación una serie de consejos para ayudar a su hijo con problemas de organización del tiempo, pero recuerdo uno que debe acompañar a todos: el refuerzo frecuente.

- ☺ Si es muy pequeño asegúrese de enseñarle a leer un reloj y distribuya relojes en forma generosa: uno para su muñeca (los hay con alarmas múltiples, incluso vibratorias, que sirven para recordarle cuándo es hora de tomar la medicación, hacer la tarea, etcétera), otro para su

habitación, la cocina, etcétera.

- ☺ Enseñe a su niño a tener su propio calendario o agenda y proporcione instrucciones de cómo apuntar en la agenda las actividades que puede llegar a olvidar.
- ☺ Brinde asistencia sobre cómo ordenar esa información: enseñe a hacer lista de tareas y a establecer prioridades según la importancia y/o urgencia.
- ☺ Establezca un momento específico del día para revisar: ¿Qué hay que hacer y cuándo?
- ☺ Si las tareas de un día superan el tiempo de atención normal de su hijo, ayúdelo a dividir la tarea en tantas fracciones como sea necesario.
- ☺ Si se trata de proyectos de largo aliento: proyectos que se ejecutarán a lo largo de días o semanas es apropiado lo ayude a dividirlo por días y coloque fechas específicas de corte para cada parte de la actividad. De lo contrario, intentará hacer todo al final.
- ☺ Ayúdelo con las transiciones proporcionando avisos anticipados y frecuentes.
- ☺ Establezca rutinas específicas, por ejemplo, una hora para hacer la tarea, la mochila, etcétera.
- ☺ Enséñele a establecer puntos de corte: "dead line". Es decir, que hay un momento final para hacer ciertas cosas. De lo contrario, todo puede hacerse eterno.

Organización:Tareas

- ☺ También es necesario ayudarlo a organizarse con las tareas y objetos en sí. Recuerde nuevamente, que debe reforzar a menudo su comportamiento.
- ☺ Coloque en más de un lugar visible el horario escolar.
- ☺ Utilice un código de colores para el horario: cada materia en un color.
- ☺ Utilice el mismo código de colores para forrar las carpetas y libros. Por ejemplo: matemáticas se escribe en rojo entonces se forra de rojo la carpeta de matemáticas o bien, si todos los materiales están en una sala carpeta, el separador que inicia la parte de matemáticas será rojo.



¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Es sabio saber resignarse. (Canasta C)

Es indicio de fortaleza moral afrontar las situaciones difíciles. (Canasta A)

Es de seres inteligentes y solidarios ayudar (Canasta B)

- ☺ Una superficie de corcho para “pinchar” recordatorios puede ser necesaria. La misma debería estar ubicada en forma próxima a la superficie de trabajo.
- ☺ Un pizarrón o tabla de las habilidades para escribir con marcadores que se borran en seco puede ser el lugar ideal para ayudarlo a planificar la actividad del día o colocar mensajes importantes.
- ☺ Asegúrese que la superficie de trabajo de su hijo siempre se encuentre lo más despejada posible.
- ☺ Asegúrese de que el niño dispone de lugar y medios suficientes para guardar sus materiales: bibliotecas, estanterías, cajas, rótulos, etcétera.
- ☺ Asegúrese de tener materiales extra para el trabajo del niño: evitará pérdidas de tiempo en momentos importantes, luego puede instruir para la búsqueda y si es necesario utilizar un sistema de coste de la repuesta (como se detalla hacia el final del capítulo).
- ☺ Evite los escritorios con muchos cajones. Sólo sirven para que sean elegantes recipientes para basura. Provea en su lugar, bandejas que permitan tener visible los papeles y carpetas para archivar.
- ☺ Establezca un día y hora, en lo posible con el consenso de su hijo, para poner en orden su habitación y sus materiales.
- ☺ Si el niño ya utiliza carpetas: tenga “ojales” para reparar las hojas dañadas antes que se pierdan
- ☺ Asegúrese que tenga preparada su mochila antes de ir a dormir.
- ☺ Supervise de forma frecuente y trate de remarcar siempre primero lo positivo.

Mejorar la vida familiar

Los consejos precedentes: crear un ambiente amable, manejar la expresión de las emociones y organizar la vida familiar sobre pautas estables y flexibles son buenos caminos. ¿Qué más se puede hacer? Proceder a consolidar la alianza parental, enriquecer la vida conyugal, resolver los conflictos con los demás hijos, mantener a la familia socialmente conectada y conseguir que padres, abuelos y tíos tengan una comprensión adecuada de los problemas. Sin duda, una gran tarea.

Los padres pueden partir de percepciones

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Los padres deben aprender a trabajar unidos aunque no haya nunca un acuerdo total, respetando sus diferencias.

muy diferentes en cuánto a qué hacer y cómo hacerlo. Sin embargo, deben converger hacia planes de acción unificados, que respeten los puntos de vista de ambos, aunque no puedan integrar el 100% de los deseos, gustos o preferencias de cada uno.

En algunos casos es imprescindible que un profesional los ayude a establecer criterios de acción compartidos. Sin embargo, no siempre es necesario que un tercero ayude a una pareja que se quiere a tratar sus diferencias en la crianza de forma más constructiva. Algunos principios de comunicación efectiva pueden ser útiles: explique su punto de vista en un tono emocional apropiado, no juzgue el comportamiento del otro sino que desarrolle su propia posición, utilice una mentalidad constructiva y vea el dialogo como una forma de resolver problemas y no hallar un culpable o perdedor. Hemos reiterado que la educación de un niño con TDAH puede sobrecargar a cualquier sistema parental. Así es que puede ser altamente prudente que los padres desarrollen comportamientos como los siguientes: el padre debe tomar un rol activo al volver al hogar permitiendo a la madre ocuparse de otras tareas, niños o bien, descansar; organizar salidas semanales sin los niños ya sea solos o con otros matrimonios (para jugar tennis, ir al cine, cenar, etcétera) y asegúrense que haya un momento de corte para el trabajo parental: los hijos deben irse a dormir más temprano, dejando a los padres momentos para mayor el descanso, el esparcimiento y la intimidad sin la interferencia de los niños.

El entrenamiento parental

En el caso de un niño al que se le había indicado tratamiento farmacológico por la severidad de sus dificultades, se le indicó a los padres que más allá del abordaje farmacológico que cupiera según criterio médico, que ellos debían realizar alrededor de 10/12 consultas para capacitarse en cómo afrontar las dificultades de su hijo. Se les explicó que en buena medida, ellos iban a tener que hacerse cargo de parte del tratamiento de sus hijos dirigidos por nosotros.

No es mi intención exponer en detalle cómo debería hacerse el entrenamiento parental, hecho abordado detalladamente en otros textos ya existentes, por ejemplo, en mi libro “El niño que no podía dejar de portarse mal”; ni dar un listado de consejos básicos: algunos de los cuales podrán encontrarse en distintas partes de este texto, sino el de explicar básicamente cuáles son los objetivos de ese entrenamiento y sus metodología.

Objetivos del entrenamiento parental

- ☺ Cambiar el “vínculo” entre padres e hijo en una dirección positiva.
- ☺ Detección de cogniciones y de comportamientos inapropiados tanto en el niño como en la familia.
- ☺ Enseñar Técnicas cognitivas y comportamentales básicas a la familia. Supervisar la utilización de estas técnicas.

Principales etapas del entrenamiento parental

• **Paso 1:** Discusión del diagnóstico con los padres e información sobre el TDAH para conocer y comenzar a cambiar el vínculo con el hijo. Los padres deben recibir información científica sobre el TDAH de manera tal que puedan comprender mejor el comportamiento de su hijo, así podrán corregir muchas de sus opiniones sobre el niño: por ejemplo, si ellos piensan que el niño es un “vago” tenderán a actuar en forma punitiva y lo van a desvalorizar. Los padres deben comprender que muchos comportamientos de su hijo responden a una determinada constitución neurobiológica pero que ésta, interactúa tanto con el ambiente exterior como con la capacidad del niño para reflexionar y dar cuenta de su experiencia. Eso los ayudará a entender porque varían los síntomas conforme la situación, la motivación, el grado y calidad de la supervisión. También es importante que tengan expectativas realistas de lo que se puede conseguir con los tratamientos.

• **Paso 2.** Enseñar a los padres un modelo simple que los ayude a comprender como se producen y cómo se desalientan las disconductas desde una perspectiva relacional. Es adecuado explicarles a los padres un modelo simple y comprensivo de sobre como mantener o suprimir un comportamiento. El niño tiene su temperamento, es decir su propio estilo en las áreas de la atención, el nivel de actividad, la manera en que se vincula con otras personas, los estímulos, etcétera. Los padres otro tanto. Así que es importante discutir con los pa-



dres cómo se ensamblan esas características, en especial, en las áreas que generan conflictos y aumentan las posibilidades de que el niño no pueda seguir apropiadamente las reglas que regulan la convivencia. Los padres deben percibir que la manera en que ellos responden es parte del problema y por ende podría ser también parte de la solución. Con posterioridad, y siempre matizando con ejemplos que surjan de la realidad que ellos traen a la consulta, se debe conseguir que ellos perciban que los eventos que anteceden un comportamiento y los que le siguen tienen, según su naturaleza, la potencialidad de aumentar o disminuir las posibilidades que ese comportamiento se repita.

• **Paso 3.** Enseñanza y utilización de atención positiva y desatención selectiva durante el tiempo especial de juego. Los padres deben aprender a prestar una atención positiva, a concentrarse en los aspectos valiosos y/o exitosos del niño y hacerle notar que los tienen presentes y para ello, es importante que no puntualicen todo lo negativo que el niño hace. Por ejemplo, no tiene sentido criticarle comportamientos que él no está aún en condiciones de modificar. Los padres deben aprender a involucrarse más positivamente en los juegos del niño, para ello se utiliza la técnica especial de juego (TEJ), que consiste en destinar un tiempo exclusivo para vincularse con el niño de manera en que sienta que tiene un “compañero de juegos” y no alguien que le enseña y corrige. El TEJ se señala y diferencia claramente ante el niño de las restantes actividades.

A continuación el procedimiento para el TEJ en niños de 9 a 12 años.

1. Seleccionar un momento del día, de 20 minutos, descargado de tensiones, preocupaciones e interferencias. Se debe conseguir que otros niños no participen y si es necesario, se los encargará a la supervisión del otro padre a fin de que no perturbe el tiempo especial de juego. Se puede expresar al niño que mamá y papá se turnarán para tener un “Tiempo especial de Juego”(TEJ)
2. Se le anunciará al niño que comienza el TEJ y acto seguido se solicitará al niño que decida a qué quieren jugar. Si el niño pregunta ¿Porqué?, la respuesta apuntará que simplemente se quiere jugar.
3. No trate de tomar el control de la situación. Simplemente juegue.
4. Dado que los TEJ son planificados, trate que otras actividades del hogar no interfieran.



5. No participe en el juego solamente jugando su rol. En ocasiones puede hacer de cuenta que usted es un relator de eventos deportivos. Cuando lo haga enfóquese en los aspectos positivos y exitosos del desempeño del niño. No tenga miedo de “jugar con la voz”, “hacer ruidos” y gesticular.

6. Juegue con su hijo o relátele, pero no dirija el juego, no trate de enseñarle a jugar y aproveche cualquier situación para alentarlo. Antes de comenzar el primer período de TEJ, hágase una larga lista de expresiones verbales o no verbales que transmitan aprobación, etcétera.

7. Los padres deben turnarse. Hágalo no menos de 4 veces a la semana y no más de una vez al día.

Si el niño incurre en un comportamiento no deseado que no puede ser obviado, el padre puede desatenderse del juego sin decir nada en especial. Si el comportamiento es bastante perturbador o continúa, se le puede decir al niño : “Cuando dejes de hacer..., continuaré jugando. Si el comportamiento persiste se dejará de jugar con el niño y, eventualmente, si la falta es muy grave, se lo disciplinará de la forma acostumbrada.

• **Paso 4.** Utilizar estas técnicas con el fin de promover la capacidad del niño para jugar de forma independiente, incrementar la obediencia ante instrucciones simples y enseñar padres técnicas más efectivas para impartir tales instrucciones. Cuando el niño está jugando solo de manera apropiada se lo debe estimular y para que sea efectivo el procedimiento, la cercanía entre la conducta y la recompensa (por ejemplo, una felicitación) debe ser estrecha. Es importante que los padres aprendan a ver lo positivo de una manera estable y sostenida, muchos, ante la menor dificultad (y las habrá) se reinstalan en sus quejas y/o desaliento. Además, los padres deben aprender

a dar instrucciones u órdenes, por ejemplo: antes de dar una instrucción, deben asegurarse de obtener toda la atención de su hijo, deben ser breves y utilizar frases sencillas, utilizar un tono amable, seguro y directivo, deben asegurarse que el niño ha comprendido qué se le solicita, puede ser necesario que los padres le pidan al niño que repita en voz alta qué es lo que se le ha indicado, las órdenes e instrucciones deben ser dadas, preferentemente, de a una, y especificar cuándo debe ser hecha y cuál es el tiempo límite para que se considere que ha sido ejecutada correctamente y también supervisar de manera estrecha. El terapeuta debe trabajar intensamente el tema con los padres.

• **Paso 5.** Establecer un sistema de economía de fichas. Al hacerlo proceder a organizar y estructurar, progresivamente, tanto la vida familiar como el comportamiento del niño. El niño con TDAH necesita ser adecuadamente motivado para poder afrontar tareas muy estructuradas, aburridas, prolongadas o que él no ha decidido hacer porque interfieren con otras actividades placenteras, por ejemplo, jugar en la computadora. Se utiliza un sistema en que el niño gana “fichas” por ciertas conductas y cambia esas “fichas” por cosas que él quiere. La cuestión es que perciba claramente la consecuencia positiva vinculada con el comportamiento. Las conductas a ser “premiadas” se eligen no solamente para suprimir disconductas sino para proveer al niño una vida ordenada en cuanto a horarios, comidas y descansos. Este es un paso importante. La lista de conductas a ser premiadas y de privilegios debe construirse con alguna participación del niño y atendiendo a sus gustos y preferencias. Este procedimiento funcionará si además se mantiene la atención positiva y se evitan críticas o discusiones innecesarias: él ha perdido las “fichas” no es necesario dar un sermón, simplemente no se anotan los puntos. No se trata solo de si gana o pierde puntos, sino de acompañarlo, empeñarse en que los gane: el niño debe sentir que los padres son sus aliados, como si lo entrenaran para tener éxito en una carrera, no pueden correr por él ni darle por ganada una carrera que no corrió. La cuestión meramente administrativa se puede llevar de diferentes formas conforme a la edad:

© Niños entre 5 y 6 años: la contabilidad del sistema de fichas debe realizarse en forma extremadamente visual y concreta. Es recomendable que la planilla en la que se anotan los resultados se encuentre en el lugar de la casa en que el niño

tenga más probabilidades de verla.

- ☉ Niños entre 6 y 9 años: tener un “Banco” en la casa que se administre con fichas similares a la que se utilizan para representar dinero en los juegos de Poker o de Ruleta, de hecho no es difícil obtener un equipo de fichas plásticas en cualquier juguetería o fabricar unas con tarjetas de colores.
- ☉ Niños entre 9 y 11 años: Se puede utilizar el sistema anterior o bien llevar un sistema de cuenta corriente en un cuaderno. El mismo debe estar en un lugar accesible para el niño, aunque las anotaciones en el mismo estarán reservadas a los padres.
- ☉ Niños mayores de 11 años: Recurrir al método de efectuar las anotaciones en un cuaderno.

La forma en que se realizará la administración es importante, no se trata solamente de “pagar”, “cobrar” o realizar un registro contable. Insistimos en la involucración positiva y aquí la misma no puede ser dejada de lado. El niño debería ver la economía de fichas como ayuda más que como un sistema de premios y no de castigos y eso no será posible si la actitud de los padres no es la apropiada.



Se dirá al niño que el sistema se ha diseñado para ayudarlo a realizar una serie de tareas que debe hacer, ya sea por su deber o conveniencia. Pero si luego, al ponerse en práctica, el niño visualiza a los padres comprometidos en que obtenga la mayor cantidad de puntos, alegrándose con sus éxitos, difícilmente pueda ver en el sistema una nueva forma de hostigarlo.

Los padres realizarán una administración justa pero deberán ser capaces de mostrar que favorecen abiertamente el éxito del niño y determinar quién va a estar a cargo de las tareas instrumentales: llevar adelante el “Banco” y/o contabilidad.

• **Paso 6.** Introducción de la técnica de coste de la respuesta. Cuando el sistema de Economía de Fichas, la atención positiva, el incremento de los momentos de juego

positivo han aumentado, se puede intervenir sobre alguna conducta específica: restando un número de fichas cuando exhibe un comportamiento impropio. Es un castigo, su uso debe ser prudente y circunscribirse a disconductas que se han mostrado refractarias a otros métodos.

• **Paso 7.** Introducción de la técnica de aislamiento dentro del hogar para afrontar disconductas severas. Cuando el niño produce comportamientos especialmente reprobables se puede recurrir a la técnica de aislamiento. No se la puede utilizar para cualquier comportamiento, sino para aquellos más difíciles, su uso requiere instrucciones precisas en forma y duración. El niño debe tener claro, anticipar, qué pasará cada vez que produzca el comportamiento indeseado, por ejemplo, será obligado a permanecer sentado en una silla a la vista de los padres y de frente a ellos por un tiempo y exhibiendo una conducta apropiada. Los padres que lean esto deben saber que no es bueno que practiquen por su cuenta, el procedimiento requiere ser enseñado en detalle y usado bajo supervisión. Además deben seguir expandiendo los aspectos positivos del vínculo como se señaló en los pasos anteriores. Es común que al usar una técnica nueva se deje de hacer el adecuado uso y mantenimiento de las anteriores.

• **Paso 8.** Expandir las habilidades aprendidas en el medio familiar a espacios públicos. Cuando los padres manejan apropiadamente en el hogar estas técnicas es necesario que sepan como usar el coste de la respuesta y el aislamiento en lugares públicos o en la casa de otras personas. No será difícil si han hecho bien lo anterior.

• **Paso 9.** Dejar a los padres progresivamente a cargo de la situación y desplazar el foco a problemas futuros y al desarrollo de una mayor cooperación con la escuela. Por ejemplo, los padres deben recibir instrucción de cómo organizar el trabajo escolar, de qué manera ayudarlo con las tareas y como manejar los berrinches.

• **Paso 10.** Revisar problemas y refinar las técnicas en uso. Aquí se abre un interregno de trabajo más amplio y con visitas esporádicas. Los padres consultan de determinados intervalos cuando surge alguna dificultad significativa. Es importante enseñar a los padres a evaluar la “pérdida de actitud” y a vincularla con los comportamientos del niño. Por ejemplo, la economía de fichas no se ha de mantener eternamente y puede ser abandonada pau-

latinamente siempre y cuando el niño mantenga un buen rendimiento, pero ciertas características tales como las técnicas de comunicación efectiva, la vida organizada y la consistencia en las reglas no deben desaparecer o atenuarse. Los padres deben estar alertas a síntomas de este tipo en su comportamiento, porque les pueden servir para anticipar una recaída.

o Preguntas y Respuestas

¿Cuán importante es entrenamiento parental?

En mi opinión es uno de los elementos del tratamiento que nunca deberían faltar. Algunos padres pueden necesitar más que otros, pero me cuesta pensar que se lo pueda pasar por alto en algún caso.

¿La técnica especial de juego se puede aplicar a cualquier edad?

Sí entre los 6 y 12 años. Los niños se nutren maravillosamente de momentos de juego que no están interferidos por enseñanzas o reclamos, que son solamente eso, jugar con mamá y papá.

¿Es correcto pagarle para que se porte bien? ¿No es una forma de soborno?

En principio no se trata de “pagarle”, en el sentido de comprar y/o sobornar. Aquí se trata de que ellos tienen un hijo con un déficit en sus sistemas de refuerzo y por ende, éste debe ser, valga la redundancia, reforzado. Lo más probable es que los padres se encuentren negando o minimizando la pérdida de la normalidad en su hijo. La tercera objeción es común y se la debe manejar de la misma forma que se indicó ya en el Paso 2 en situaciones similares: abordaje cognitivo y reestructuración.

16 | Autoestima: su rol

La autoestima en un niño es la resultante del sentimiento de control que se tiene sobre la realidad y del amor que se comparte con los adultos que le son significativos. Sin embargo no es un hecho acabado, sino en continua construcción. Tener una autoestima apropiada es tener una opinión o concepto positivo sobre uno mismo y apoyado en ese autoconcepto el niño debe disponerse a conseguir una serie de logros

- ☉ Percibirse a sí mismo de manera crítica y ser capaz de modificarse en el contexto de relaciones significativas.
- ☉ Afrontar y superar los obstáculos que le impiden conseguir sus objetivos.

- ☉ Sentir que no es mejor y/o distinto cuando gana ni peor o diferente cuando pierde.
- ☉ Afirmado sólidamente en un autoconcepto positivo el niño puede respetar tanto a otros como a sí mismo.

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

La autoestima en un niño es la resultante del sentimiento de control que se tiene sobre la realidad y del amor que se comparte con los adultos que le son significativos.

El niño y su autoestima

Muchos niños se desaniman con facilidad y otros tantos no. A veces resulta fácil comprender tanto unos casos como otros en función del comportamiento de los padres. Por ejemplo, vemos a padres y docentes que se enfocan en lo negativo de sus hijos o que siempre los critican o viceversa. Sin embargo, no pocas veces observamos que los niños con TDAH parecen más sensibles a la frustración y la crítica que otros niños o bien, que los incentivos o situaciones placenteras los impactan de forma menos perdurable. En tal sentido, siempre se ha sostenido como una de las teorías explicativas del TDAH es que tienen un déficit motivacional. Es una hipótesis de trabajo atractiva aunque no se halle confirmada 100% por la investigación, así que podemos tenerla en cuenta.

El sentido de la afirmación precedente es que aunque en ocasiones los padres han cometido errores de alguna significación en la educación de sus hijos y en la construcción de una apropiada autoestima, no siempre es así. La autoestima se construye en complejas relaciones interpersonales (también con otros niños) y surge de la valoración que el niño hace de sus destrezas, es decir, de su habilidad para controlar su mundo y lograr sus objetivos.

No obstante, una tarea importante de los padres de niños con TDAH ha de ser la de tener apropiados comportamientos que permitan aumentar la cantidad de veces que se vinculan de forma positiva y respetuosa y a la vez, creando situaciones que favorezcan en el niño el sentido del logro personal y de auto control.

Por ello, es que se ha plantado que los padres (como cualquier adulto significativo) deben controlar sus propias emociones y tener una estrategia para afrontar las maneras desafortunadas con las que su hijo lucha con el dolor personal de sentirse poco querido por sí mismo y de valorarse a sí mismos como poco competente para afrontar los desafíos de su vida cotidiana: las cuentas, los problemas con los compañeros que lo cargan o rechazan, el hermano que saca mejores calificaciones, etcétera.

Así es que la mejor manera de mejorar la autoestima de un niño además de establecer relación cualitativamente positiva, consiste en neutralizar las estrategias impropias con que un niño aborda sus dificultades. A continuación, comentaremos algunas de estas “tácticas erróneas” y comentaremos cómo afrontarlas.

La táctica más común es aquella en que el niño se da por vencido rápida y fácilmente. Puede ser que no diga nada y simplemente se distraiga en otra actividad o bien, nos diga: “No sé”; “No puedo”. La principal manera en que trata de esconder su impotencia suele ser con afirmaciones del tipo: “No me gusta”; “Es aburrido”; “Me olvidé la forma de hacerlo”; “Lo haré en otro momento, cuando tenga ganas ...” Se debe responder con aliento si el “no sé” es franco y abierto. Sin embargo, si está “disfrazado”, se debe actuar de forma comprensiva, recordándole sus logros previos en campos o situaciones similares, alentándolo a realizar un pequeño esfuerzo, teniendo una actitud general de apoyo en vez de crítica. No se debe vacilar en incluir los comportamientos que se espera que tengan mayores posibilidades de éxito en un programa de modificación comportamental.

Otra técnica es la descalificación, se descalifica aquello que debe ser realizado. Como vimos también en el ejemplo de Adrián cuando decía: “no vale la pena estudiar estas estupideces”. Este adolescente intentaba manejar el dolor que le daba la situación como aquellos adultos que se consuelan de haber perdido algo diciendo “no importa, igual no me gustaba”. Los padres deben evitar ser

abiertamente confrontativos en estos casos, por ejemplo, sería tonto decirle “pues, te lo estudias igual”. Así que aquí serían útiles los mismos consejos dados en el caso anterior.

Una técnica muy común es la evasión. Por ejemplo, se hacen los payasos o se portan mal. La cuestión es que la mirada no se instala en los aspectos que ellos creen disfuncionales sino en comportamientos inmaduros o disconductas. Es una técnica poderosa. Frente a la actitud de payaso la técnica de ignorarla y conseguir, incluso que los compañeros de aula, la ignoren es una técnica de extinción muy útil; se la debe complementar con una aproximación positiva que le muestre aquellos aspectos en los que el niño sí es eficaz.

Finalmente, está la resistencia pasiva, el niño dice que va a hacer las cosas y no las hace. Argumenta que las dejó para después y se “olvidó”. En verdad, no se ha olvidado, simplemente está eludiendo una confrontación directa. En general cuando los padres organizan y estructuran la vida del niño, es difícil para el niño utilizarla.

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Una de las habilidades que los padres deben desarrollar es la de modular sus respuestas: se puede disciplinar, corregir y enseñar sin enojarse o ponerse crítico en exceso.

Los padres y la autoestima de su niño

Los padres y docentes tienen un sinnúmero de recursos para mejorar la autoestima de los niños. Por ejemplo, tratando primero de aceptar al niño tal cual es, ayudarlo a aceptarse a sí mismo con sus virtudes y defectos, mostrar naturalmente que todos cometemos y corregimos nuestros e intentar que aprenda de los padres a mostrarse a sí mismo como una persona con lados fuertes y débiles. También es apropiado enseñarle estrategias para resolver problemas como forma de abordar sus defectos o situaciones difíciles, proveerle retroalimentación continua al niño sobre su comportamiento y establecer una relación afectiva más próxima.

Lógicamente, también es útil incentivar el desarrollo de sus lados fuertes o habilidades, enseñarle a ser responsable consigo mismo y los demás y finalmente, los padres ayudarán mucho regulando el nivel de exigencia a sus verdaderas posibilidades.



Áreas disfuncionales y autoestima

Existen áreas disfuncionales. Estas atentan contra la autoestima ¿Qué hacer? Lo posible para mejorarlas y todo progreso traerá bendiciones, pero el cielo llegará cuando la persona desarrolle sus habilidades. No es por el lado defectuoso que se llega al éxito sino por el virtuoso. Estas expresiones son redundantes, pero necesarias: porque muchos padres y docentes ponen tanto énfasis en corregir los defectos de sus hijos y/o alumnos que no hay espacio para sus habilidades y los defectos terminan tapando las virtudes.

Por ejemplo: T. A. Edison sin duda era un niño incapaz de escuchar el tiempo suficiente a su maestro, imprudente y capaz de quemar todo lo que encontrara a su paso mientras investigaba. Cuando lo echaron de la escuela declarándolo “no educable” su madre lo ayudó a terminar su educación formal en el hogar y a la vez le permitió usar el sótano para sus experimentos. Así, de manera espontánea, ante tres escuelas que se habían declarado derrotadas, puso en práctica una serie de adecuaciones curriculares. Hay que establecer una armonía entre poner remedios a los defectos y habilitar el desarrollo de potencialidades.



profundizar los estudios de computación, etcétera.

En definitiva, aunque es necesario esforzarse para que los niños aprendan a mejorar su rendimiento en las áreas afectadas, gran parte del éxito dependerá también de cómo se lo ayude a desarrollar sus habilidades y actualizar potencialidades. Recuerde además, que muchas veces el niño no sabe con exactitud lo que quiere o dónde están sus lados fuertes, padres y docentes deberán ayudarlo a explorar posibilidades. Acentúe lo positivo.

mantenida por un tiempo determinado y en una calidad aceptable. Los niños con problemas atencionales que se diagnostican bajo el concepto de TDAH más que no poder prestar atención tienen más bien: tiempo de atención corto y fluctuaciones en su nivel atencional. Es útil que el niño mantenga el contacto visual, para lo cual, el contacto visual del adulto es esencial y constituye de un refuerzo positivo (“si usted lo mira con frecuencia él mantendrá más tiempo la vista en usted”).

Sea conciso, preciso y claro. Es necesario transmitir una instrucción a la vez, con oraciones cortas, simples y concretas. Asegúrese de haber sido entendido. En las ocasiones simples puede alcanzar con preguntarle al niño si entendió o que repita la instrucción. Pero cuando la situación es más compleja puede ser necesario obtener un desempeño de parte del niño.

Revise su estilo de comunicación. Sin advertirlo, es posible que un número importante de sus comunicaciones se encuentren dominadas por pautas negativas, es decir, cuando predominan comentarios basados en la descalificación, la desvalorización y el insulto disimulado. Así se provocan, sin querer respuestas emocionales intensas que tienen la capacidad potencial de dañar cualquiera de los vínculos posteriores

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:



La madre de T. A. Edison supo ver el genio de su hijo, pero también su discapacidad. Al integrar esta doble visión fue capaz de ayudarlo a disfrutar de genio.

o Preguntas y Respuestas

¿Cómo incentivar el desarrollo de sus lados fuertes o habilidades?

Los niños no son simples listados de defectos, tienen habilidades que muchas veces no se expresan a fácilmente a través de las actividades cotidianas. Por ejemplo, la escuela en general nos propone el estudio de la historia como una novela (estructura narrativa) pero no cómo algo que podamos poner en escena (estructura dramática): ambos formatos son lícitos, pero requieren estilos cognitivos diferentes. Los padres auxiliarán a sus hijos facilitando desarrollos extracurriculares a elección del niño: aprender un instrumento musical, estudiar dibujo o pintura, practicar un deporte,

17 | Comunicación efectiva

Se trata de una serie de reglas que si las seguimos optimizan entender, ser entendidos y a la vez promover formas de comunicación que mejoran la relación entre las personas. Ejemplificaremos con relación entre padres e hijos e incluiremos algunos ejemplos para ayudar a los padres para comunicarse con los docentes.

Exija habilidades pre-atentivas. Es imprescindible que padres obtengan comportamientos pre-atentivos de parte de sus hijos: mirar a quien le habla o dar algún signo de que está escuchando de verdad. Si el tema es importante, es básico requerir ser mirado. Las preguntas que los padres deben hacerse son: ¿Ha dejado otras actividades? ¿Me está mirando? ¿He captado su interés? (aunque de hecho no lo mire). Para comenzar a hablar es necesario que el nos preste atención de una forma consciente y no estrictamente automática mientras haga otra cosa. Obviamente, los padres deberían mirar a sus hijos cuándo éstos le hablan.

Asegúrese de que continúa prestando atención. La atención del niño debe ser

No “*imite el estilo de su hijo*”. Por ejemplo, es común que los niños con TDAH tengan dificultades en escuchar detenidamente, se apresuren en sacar conclusiones, no esperen su turno en las conversaciones, cambien de un tema a otro, tengan dificultades en regular el tono de su voz, quieran tratar más de un tema a la vez, nunca acepten su responsabilidad por sus errores y tengan descargas explosivas. Así es que padres y docentes deberían aprender a, siguiendo a R. A. Barkley:

- ☉ Escuchar atentamente al niño.
- ☉ No apresurarse en sacar conclusiones sin conocer toda la situación (en especial, sin haber ayudado al niño a explicarse).
- ☉ No interrumpir al niño cuando trata de dar su versión de los hechos.
- ☉ Mantenerse siempre focalizado en un mismo tema y no traer a colación situaciones antiguas.
- ☉ Utilizar un tono de voz adecuado al contexto (si está reprendiendo sea firme y constante pero no grite, etcétera)
- ☉ Preguntar cuando no entiende diciendo “no entendí” en vez de afirmar “no te estás explicando bien”
- ☉ No vacile en aceptar sus errores y controle sus reacciones emocionales

Aceptar y expresar sentimientos. Los sentimientos no son buenos o malos. Si el niño le ha dicho a su hermana “Te odio”, lo apropiado no es decirle: “eres malo, tienes que querer a tu hermana”; más bien, deberíamos ayudar al niño a expresar lo que realmente siente de una forma constructiva. Por ejemplo:

- Ricardo: ¡Te odio! (la hermana se ha negado a prestarle un juguete que recién recibió de regalo porque es su cumpleaños).

- Padre: ¡No digas nada! Espérame un minuto -a la hermana de Ricardo- Ahora dime -dirigiéndose a Ricardo- : ¿Qué te ha enojado tanto?

- Ricardo: Ella nunca me presta nada, es una porquería ...

- Padre: ¡Alto! Vamos a tratar de hablar sin insultarnos. ¡Has un esfuerzo! ¡Sé que puedes! - le hace un gesto conciliador.

En este momento Ricardo procede a contar los hechos mientras el padre y la hermana lo escuchan.

- Padre: ¡Muy bien! ¡Así me gusta! Te has explicado claramente. Tú quieres algo que es de tu hermana y sabes que ella no está obligada a prestártelo. Dime: ¿Se lo has pedido bien? -Ricardo calla, entonces el padre se dirige a la hermana- ¿No quieres prestárselo?

- Hermana de Ricardo: Me dijo: “¡Préstame!” y a la vez me tiró un manotazo.

- Padre: No te pregunté eso. ¿Se lo vas a prestar?

- Hermana de Ricardo: Sí, pero primero quiero jugar.

- Padre: ¿Hoy o mañana?

- Hermana de Ricardo: Hoy, pero quiero que me lo devuelva cuando se lo pido -aquí vemos un segundo problema que se debe manejar de la misma manera que el tema de la mesa y del video games-.

- Padre: Ricardo me parece que te has enojado mucho.

- Ricardo: A veces ella no me presta las cosas.

- Padre: ¿Sigues enojado?

- Ricardo: No.

- Padre: Dime algo ¿Ya no la odias o sólo estabas enojado?

- Ricardo: La odio cuando no me da lo que quiero.

- Padre: Entonces a veces no la odias — el padre sonríe. Debe ser terrible llenarse de furia cada vez que no consigues algo.

- Ricardo: Sí.

Los adultos debemos comprender que nuestra dotación de emociones y sen-

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Un niño aprende a ser respetuoso en contextos de afecto y respeto. La creación de esos contextos es responsabilidad de sus cuidadores.

timientos forma parte del equipo de supervivencia tanto como nuestra capacidad para detenernos, reflexionar, valorar qué vamos hacer y dejar de hacer.

En nuestro ejemplo reciente antes que dar un sermón o castigar al niño, el padre obtuvo su atención, se tomó su tiempo para serenarse y luego procuró que exprese sus pensamientos y emociones que ha sintetizado en “te odio”. No olvidemos que muchos niños con TDAH tienen dificultades para expresarse en situaciones de confrontación, es decir aquellas a las que los dichos de uno le siguen los de otro y hay que hacer una continua adecuación de la argumentación. Supongamos que le ha dicho al padre “te odio”: Éste podría ayudarlo diciendo: “Entiendo que no querías hacer lo que te pedí, valoro que lo hayas hecho igual. A mí me enoja, muchas veces, hacer cosas que me desagradan, pero en verdad no sé porqué te enojaste tanto ... ¿Quieres contarme? (está renunciado a jugar de “adivinator” de los sentimientos de los demás). Otra forma hubiera sido utilizar la vieja técnica de C. Rogers del reflejo diciendo: “me doy cuenta que te fastidia mucho seguir órdenes”. O bien, simplemente: “Yo con frecuencia me irrito cuando me piden que haga cosas que no me gusta, pero me detengo a pensar: ¿Qué es lo mejor?”. En rigor de verdad, en este último ejemplo, el padre o docente, comienza



a mostrar cómo él utiliza estrategias para resolver problemas:

- ☺ Alto; ¡Piensa! ¿Cuál es el problema?
- ☺ ¿Cuáles son las soluciones posibles?
- ☺ ¿Qué va pasar después si hago esto u aquello? ¿Cómo van a responder los demás? ¿Qué me conviene más?
- ☺ ¿Cuáles es la mejor?
- ☺ Ejecutar.
- ☺ Evaluar los resultados, eventualmente, volver al paso 1.

Los padres que han sido correctamente informados sobre el TDAH son los principales abogados de los niños, deberán evitar posibles maltratos por parte de un sistema educativo que aún no está apropiadamente preparado para enfrentar las necesidades especiales que un niño con problemas de atención, hiperactividad e impulsividad puede presentar. Es posible que ya hayan “sufrido” a otros maestros y/o escuelas, por ello deben evitar caer en la trampa de esconder a la nueva escuela el diagnóstico del niño bajo la siguiente excusa: “No quiero que lo discriminen de entrada” o bien, tener una actitud crítica del docente. Sería recomendable que:

- ☺ Se ofrezcan a darle al docente toda la información necesaria ya sea en forma de libros, folletos o facilitando el acercamiento del profesional que atiende al niño/a.
- ☺ Se involucren con la escuela procurando la realización de seminarios de formación docente, etcétera.
- ☺ Desarrollando expectativas realistas de cuánto puede el docente (la escuela no va a curar a su hijo) y cuánto el propio hijo en un determinado medio áulico (el maestro también tiene que educar a otros muchos niños y algunos de ellos también tienen demandas específicas).
- ☺ Deben utilizar formas de comunicación efectiva y evitar: los comentarios de pasillo, no siendo críticos, demandantes, o airados ya que el docente puede reaccionar en forma hostil y volviéndose más crítico o poniéndose a la defensiva.
- ☺ Establezca pautas de comunicación estrecha y frecuente con el docente y participe activamente en la vida comunitaria.
- ☺ Concurran ambos padres a la mayor cantidad de reuniones y si se prevé que será “difícil” asegúrense de que los acompañe el profesional que atiende al niño y pidan la presencia de algún directivo de la escuela.

Comentarios adicionales sobre el entrenamiento parental. En verdad, toda este procedimiento fallará si los padres

no pueden desarrollar y mantener una actitud positiva hacia su hijo, transmitiendo incondicionalidad aún cuando lo disciplinan. No es fácil, pero es necesario romper el círculo vicioso de órdenes que se repiten y que por no cumplirse llevan al enojo; entonces puede ser que el niño produzca el

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Los padres son "abogados" de sus hijos, deberán evitar posibles maltratos por parte de un sistema educativo que no está preparado para enfrentar los desafíos que los niños con TDAH generan.



de vincularnos con nuestros hijos. Como terapeuta descubrí grabando mis intervenciones que al escucharlas era mucho más "sabio" que cuando hablaba, es decir, podía ver errores y aciertos con mucha claridad y servía para mi crecimiento profesional. En el fondo grabarse y escucharse y/o verse no es más que tener un momento de reflexión objetivado por un instrumento. Los padres deben encontrar estas formas de objetivación en su propia reflexión, en las palabras de otros y en las reacciones de los niños.

18 | Nociones de Terapia Cognitivo Conductual para padres

Terapia Cognitiva Conductual

comportamiento solicitado, pero no estará más presto a cumplir la próxima vez. Pero las explosiones de ira y los castigos habrán dañado el vínculo y la autoestima del niño. En uno de los pasos del entrenamiento parental, se les enseña a los padres a jugar de una forma especial con el niño y una parte importante de ello es que lo disfruten, en el fondo, eso se debe expandir: deben escuchar a su hijo, comprenderlo y saber cuando dialogar y alentar (incluso por el sólo hecho de hablar) en vez de juzgar.

Las reglas deben ser claras y coherentes, ambos padres deben hacerlas respetar por igual y casi sin excepciones. Mantener la calma es muy importante que de lo contrario también se está dando como modelo justamente aquello que se quiere corregir. "Haz lo que digo no lo que hago" no es una buena política. Ser un ejemplo para los propios hijos es inevitable, la cuestión es si hemos de ser un buen ejemplo.

Es importante que todos aceptemos que una de las principales fuentes de aprendizaje del ser humano surge de los modelos y de los significados que se construyen alrededor de ellos, los padres deben comprender que la "palanca que tienen para mover el mundo", parodiando a Arquímedes, es dotar a su comportamiento de una eficacia ejemplar en un contexto de amor y respeto.

o Preguntas y Respuestas

¿Cómo se puede aprender a perfeccionar la forma en que nos comunicamos?

Los consejos que se han dado sé que pueden no ser una orientación suficiente si no somos altamente reflexivos al momento

nuestro programa de modificación. Utilizamos el término especificar porque no se trata de señalar de forma conceptual vaga y/o ambigua: la definición debe hacerse de una manera descriptiva precisa y en lo posible de manera positiva.

Por ejemplo "dejar de portarse mal" es una formulación inadecuada por lo inespecífica y negativa; debería sustituirse por ejemplo por la siguiente: "resolver los problemas con el hermano conversando" o bien, "seguir las reglas en los juegos"; dependiendo del caso. Los comportamientos pueden ser de distinto tipo:

- ☉ conductas existentes e inadecuadas (realizar grandes berrinches),
- ☉ comportamientos no presentes adecuados que se quieren generar (lavarse los dientes, aprender a esperar o resolver las controversias por medio del dialogo).
- ☉ comportamientos presentes que se quieren mantener y/o expandir (ser responsable con el cuidado de sus mascotas).

Como parte del primer paso hay que identificar qué refuerzos vamos a utilizar para obtener los resultados que queremos y de qué manera hemos de vincular unos con otros. Durante la fase de especificación se deberá hacer un listado de todos los comportamientos mencionados y establecer prioridades siguiendo un principio de mayor a menor, salvo que alguna de las conductas fuera del tipo de la Canasta "A" (es decir, que involucrara comportamientos que por razones de seguridad o moral no podemos dejar de pasar por alto).

Cada comportamiento debe ser estudiado no sólo en sus características intrínsecas (se enojó, "me insultó", hizo un berrinche, discute, habla siempre a los gritos, no se quiere higienizar sólo después de ir al baño) sino en su contexto de ocurrencia. No se trata de estudiar solamente qué, sino el cómo; esto implica especificar cuánto, dónde, con quiénes, qué estaba pasando antes y qué pasa después. En

El motivo de inclusión de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como formato básico de intervención fue justificada al presentar el Tratamiento Multimodal, ya que se trata de un tipo de tratamiento validado. Esto quiere decir que se han realizado estudios científicos y experimentales que muestran el grado de eficacia de los mismos. Otros tratamientos psicoterapéuticos podrían ser eficaces, pero lamentablemente, no se han tenido el recaudo de utilizar métodos que permitan afirmar con seguridad su eficacia.

Las TCC pueden establecerse para resolver los problemas más urgentes y concretos verificando con facilidad su eficacia. Los procedimientos establecidos difícilmente empeoren las cosas en el caso de que no mejoren. Tampoco se observa sustitución de síntomas. La relación entre el costo medido en tiempo, dinero y estrés es altamente económica comparada con otros abordajes.

En primer lugar hemos de identificar los comportamientos que hemos de incluir en

Aspectos Positivos o Exitosos de las TCC (CBT)

Progresos verificables en buena parte de los síntomas del TDAH.

Los objetivos que alcanzan exitosamente las técnicas comportamentales en la TCC suelen ser, en especial, un mejoramiento:

- en la capacidad de controlar los impulsos;
- en el seguimiento de reglas;
- en conocer mejor los momentos en que debe esforzarse en lograr una inmovilización temporal;
- en el perfil atencional, aunque en menor medida;
- en mejorar la capacidad de resolución de problemas académicos, prácticos e interpersonales,
- en el control de la ira;
- en un incremento en la capacidad de tolerar frustraciones; el manejo de la rabia y la frustración y un mejoramiento de las habilidades sociales.

Las mejorías son rápidas y así se "cortan" los círculos viciosos, disminuyen los efectos secundarios, se alivia el estrés general, disminuye la interacción desfavorable entre el TDAH y los eventuales trastornos comórbidos, disminuye la interacción desfavorable entre el niño con TDAH y sus familiares y su medio social.

particular buscamos qué acontecimientos del contexto están reforzando el comportamiento que queremos corregir (Ver diagrama siguiente).

Principios básicos de la Terapia Comportamental

En el ejemplo del Gráfico nos hemos inclinados a pensar que, sin querer, la madre ha hecho algo para que el comportamiento no deseado: hacer berrinches frente a una frustración; se mantenga y consolide. Visto desde la óptica del niño, su deseo negado es el antecedente (A), la pataleta es la conducta (B) que posibilita la aparición de la consecuencia deseada: conseguir salir a pasear en bicicleta (C).

En muchas ocasiones la secuencia ABC tiene una consecuencia tal como que el niño es golpeado, castigado o sermoneado y no consigue salirse con la suya. Aquí también se impone un análisis profundo: ¿No habrá el niño conseguido atraer la atención de sus padres de una forma intensa y prolongada? ¿Habrá conseguido que los padres por ocuparse de él dejen de lado al hermano? ¿Habrá conseguido otra forma de alivio emocional? O también: ¿Tiene disponible un comportamiento alternativo? Veremos un ejemplo complicado. Elías de 3 años estaba comiendo de manera apropiada cuando sus padres comenzaron una discusión bastante áspera, no es la primera vez, entonces se sobresalta y lloriquea. De pronto el plato de Elías cae hecho pedazos al piso, la pelea se interrumpe para limpiar vidrios y retarlo. Cuando la situación se repitió por tercera vez (la última con un salero), el padre de este niño le dijo a su esposa: "sabes, me parece que él sabe cómo hacer que dejemos de pelear".

Es decir:

A: los padres se pelean y el niño se angustia,
B: el niño produce una disconduc-ta

¡ IMPORTANTE !
No olvide que:

Si un niño ha sido reforzado inadvertidamente por una disconduc-ta al suspenderse el refuerzo, suele haber una fase de intensificación de la misma, luego la disconduc-ta tiende a desaparecer si los padres han dado con el plan correcto.

C: los padres cesan de pelear y se unen para resolver el problema.

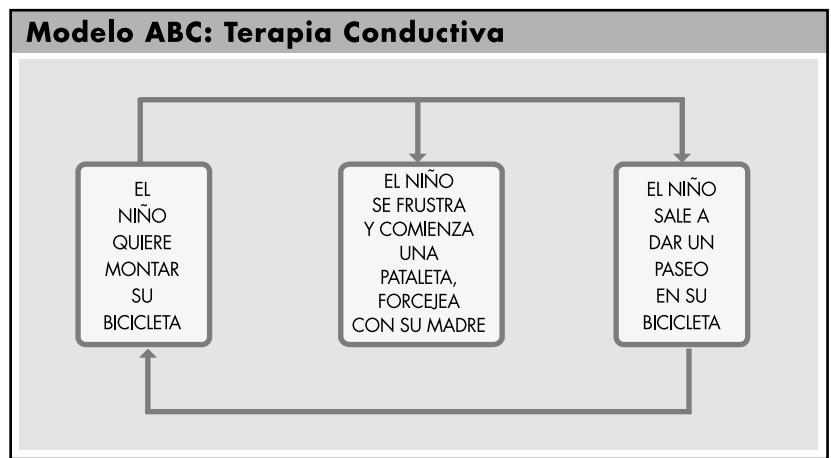
Estas especulaciones, pueden ser interesantes, pero: ¿Por qué supondremos que son correctas? Se le solicita a los padres que cesen de discutir delante del niño y mantengan intercambios más neutrales, es de esperar que cesen de romperse cosas (o, dicho con mayor precisión, la cantidad de objetos o estropicios que Elías haga debe caer en forma abrupta después de un tiempo, aunque no necesariamente desaparecer, al fin de cuentas tiene 3 años). Esto, dicho sea de paso nos lleva a que en la formulación de todo plan de intervención comportamental, es apropiado obtener, por ejemplo, una línea de base del comportamiento que se quiere modificar (línea de base quiere decir: con qué frecuencia e intensidad ocurre o no ocurre algo). Una vez definidas las situaciones en términos de ABC es necesario que los padres piensen en refuerzos positivos, es el primer paso para poder actuar sobre las consecuencias. Denominaremos refuerzos a todo evento que incremente la posibilidad de que una conducta aumente sus posibilidades de ocurrir.

En síntesis, queremos transmitir que si en una situación dada una persona hace algo que es seguido inmediatamente por un

reforzador positivo, es más probable que esa persona haga de nuevo la misma cosa cuando se enfrente a una situación similar. Existen refuerzos positivos y negativos. Los siguientes son dos ejemplos de refuerzos positivos extraídos de la vida cotidiana que reflejan la manera natural o "silvestre" en que padres y docentes utilizan la técnica: "si te portas bien te compraré un helado" o bien, "si todos terminan a tiempo esta tarea tendrán tiempo libre en el salón antes de salir al patio". Son ejemplos idénticos de refuerzos negativos: "si sales corriendo en vez de caminar a mi lado te llevaré de la mano como a los nenes de dos años" o bien, "si no terminan esto a tiempo tendrás que quedarse en el salón trabajando durante el recreo". Si el niño se porta bien con el fin de evitar ser tratado de una forma desagradable el refuerzo negativo estará dando resultados apropiados, aunque debemos esforzarnos en identificar refuerzos más bien del tipo positivo para poder alentar la ocurrencia de los comportamientos que nos interesa desarrollar o expandir. Ello, no se puede hacer sin una observación y comprensión profunda del niño en cuestión. Hay una serie de factores que influyen en el funcionamiento de un plan pensando en términos de refuerzo positivo:

Refuerzos Positivos

- De Consumo:
¿Qué le gusta comer o beber?
- De Actividad:
¿Qué le gusta hacer?
Actividades en la casa, al aire libre, gratis cerca de la casa, de pago (ir a un cyber) y pasivas (TV)
- De Manipulación.
- De Posesión.
- Reforzadores Sociales: Estimulación verbal y contacto físico.



- ☺ La identificación precisa del comportamiento a ser reforzado
- ☺ La elección del reforzador.
- ☺ La privación y saciedad;
- ☺ La inmediatez del refuerzo
- ☺ La precisión de las instrucciones (a veces hasta es bueno ponerlas por escrito).

De éstos, quizás sea necesario establecer un mínimo desarrollo sobre el de inmediatez. El programa debe definir comportamientos y refuerzadores que se puedan asociar de manera relativamente inmediata, se pierde mucha eficacia, cuando el refuerzo se administra de manera muy distan-

ciada del comportamiento cuya eficacia se quiere incrementar. Dicho sea de paso, lo mismo ocurre con los castigos.

Una vez que hemos hallado los reforzadores apropiados simplemente, hay que trazar un plan que una el comportamiento que se quiere promover con un reforzador específico. Dado que no se lo puede cambiar todo a la vez, se establecerá un orden, generalmente de menor a mayor, con el fin de generar un refuerzo extra hacia todos los participantes basados en el éxito. En verdad, los programas de modificación comportamental destinados a conseguir que el niño se conduzca de determinada manera utilizan este formato básico, pero en el fondo articulan recursos de muy diferente índole.

En conclusión, se deberá formular un plan específico de intervención comportamental, estableciendo:

- ☺ ¿Cuales comportamientos serán objeto de intervención y en que orden?
- ☺ ¿Qué técnicas se habrán de utilizar entre las que se hallan disponibles?
- ☺ ¿Qué refuerzos se habrá de contar, por cuánto tiempo se lo utilizará y cómo haremos de medir la eficacia?

La observación es el segundo paso e implica no solamente el estudio del contexto de ocurrencia de la conducta que se quiere modificar, sino evaluar si las personas a cargo de aplicar el método se encuentran en condiciones de monitorear el comportamiento de forma tal que el refuerzo aparezca temporalmente en forma muy próxima a la exhibición del comportamiento deseado y, eventualmente, el castigo en forma inmediatamente consecutiva a la aparición de la conducta no deseada. Esta observación debe llevar a incluir en el programa de administración de contingencias el especificar el procedimiento de observación. Por ejemplo, si hemos decidido expandir la capacidad atencional del niño cuando el docente imparte instrucción, especificaremos cada cuánto el docente supervisará el mencionado comportamiento y cuándo procederá a reforzarlo. De nada servirá el programa si el refuerzo no se administra de forma continua y de manera relativamente cercana a su ocurrencia.

Finalmente, la ejecución es la puesta en marcha del programa. Por ejemplo, si el comportamiento que deseamos corregir es el comportamiento de levantarse del asiento en medio de la clase, interrumpiendo la actividad escolar para perturbar el trabajo de otro. Podemos haber formulado un plan en el que el niño comienza el día con diez puntos a favor y pierde un punto cada vez que se levanta sin autorización. Al final del día, si todavía conserva seis puntos

puede obtener un privilegio específico ya sea en la escuela en el hogar.

Cualquiera de las técnicas listadas a continuación, si se utilizan siguiendo un plan que contenga las características básicas enunciadas, son útiles al menos durante un tiempo limitado, tanto en el contexto hogareño como escolar en especial antes de la llegada de la pubertad. La aclaración reciente se basa en el conocimiento que un abordaje basado simplemente en el condicionamiento operante, que es lo que venimos explicando, no permite modificaciones totales y a largo plazo por sí sólo.

La atención positiva. Se trata de un refuerzo positivo simple por medio de comentarios elogiosos, aliento, caricias y abrazos: son refuerzos sociales y afectivos. El mismo es dado por padres en forma subsiguiente a la aparición del comportamiento que se quiere reforzar y debe asociarse al uso de recompensas y privilegios.

Es un método útil en todas las edades, pero especialmente valioso en los niños menores de 6 años, en los que no siempre se pueden aplicar otras técnicas comportamentales más complejas.

Si un niño tiene dificultades para jugar solo, los padres son aleccionados para felicitarlo y/o alentarle a continuar de esa manera, a intervalos frecuentes (pero no cada vez que observan que el niño logra entretenerse a sí mismo).

Las condiciones básicas para utilizar estos refuerzos sociales son las siguientes:

- ☺ La alabanza debe tener un elemento descriptivo para tener un poder instructivo y explicativo sobre el comportamiento exhibido correctamente.
- ☺ El elogio debe circunscribirse a un comportamiento específico.

- ☺ La intensidad del elogio debe variar para lograr cierta proporcionalidad con la producción del niño.
- ☺ Las alabanzas deben ser variadas para evitar que su efecto se extinga.
- ☺ Los elogios deben expresar un estado auténtico del emisor.
- ☺ El comentario elogioso no debe contener elementos negativos.

El gráfico precedente muestra básicamente que si los padres saben prestar atención positiva a los comportamientos apropiados, estos se incrementan y si, sabiamente, saben cuando ignorar ciertos comportamientos negativos, éstos decrecen.

Recompensas. La administración correcta de un sistema de recompensas y privilegios es uno de los recursos más útiles para trabajar con los niños con TDAH. La manera de utilizar esta modalidad de refuerzo positivo se verá al estudiar el sistema de economía de fichas; aquí baste agregar que no se usa un sistema simple de recompensas sino que se lo combina con distintas formas de castigo, ya que resulta claro que el uso exclusivo de "incentivos" no es suficiente para eliminar los comportamientos más perturbadores.

Economía de Fichas. La economía de fichas es un tipo de contrato comportamental y consiste en un programa de reforzamiento positivo en el que el niño gana "fichas" si logra producir un comportamiento deseado y luego puede canjearlas, en forma de pago, por objetos, dinero y privilegios. Es uno de los recursos más útiles a partir de los 6 años, debido a que los niños con TDAH requieren refuerzos mayores y más frecuentes que los niños sin TDAH y a la vez se frustran con más facilidad.



La eficacia de la economía de fichas depende en gran medida del grado de necesidad o de la importancia que el niño atribuya a los objetos o privilegios canjeables. Por ello es necesario efectuar un listado preciso con todos los ítems en los que podrá el niño convertir sus fichas. A tal efecto, se debe dialogar con el niño. No es posible confeccionar esa lista sin tomar en cuenta debidamente sus intereses y gustos.

Contratos Comportamentales. Los contratos son acuerdos del tipo siguiente: "si tú haces tal cosa yo haré tal otra y, eventualmente, si no la haces, ocurrirá tal otra". Padres y/o docentes se comprometen con el niño, preferentemente por escrito. La modalidad escrita es útil porque es apropiado que todas las condiciones se estipulen de forma tal que se eviten conflictos y discusiones posteriores. Afirmo esto, porque no sólo los niños tienden a cambiar las condiciones de una forma caprichosa, sino los padres.

Así es que hay que especificar qué consecuencia positiva seguirá al cumplimiento del contrato, o, eventualmente, qué consecuencia negativa emergerá ante el incumplimiento y, también, la duración del mismo. Además puede incluir una especificación de cómo el adulto involucrado ayudará o verificará el cumplimiento del acuerdo.

Los Contratos Comportamentales se pueden utilizar en el hogar como en la escuela. Al principio son útiles los contratos

diarios y un requisito importante es que los padres eviten las quejas lamentos y reprimendas, simplemente deben aplicar el contrato. En este sentido, puede ser un complemento útil para reestructurar el vínculo entre padres e hijos, cuando éste ha sido minado por restricciones, desobediencias, críticas y castigos que no han conseguido crear un clima de armonía ni obtener que el niño obedezca apropiadamente. La recompensa prometida debe variar y tener el poder de reforzar adecuadamente el comportamiento, por ende, debe ser algo valorado y/o necesitado por el niño.

El siguiente es un contrato comportamental realizado entre un docente y su alumno.

Los contratos deben tener una extensión temporal diaria porque así permiten concentrar el esfuerzo motivacional del niño, quien debe sentir que el objetivo está al alcance de la mano. Al mismo tiempo, la relación estrecha que el contrato permite, favorece la creación de una relación de trabajo positiva.

Programas de administración de contingencias para el Hogar y la Escuela.

No se trata de una técnica específicamente distinta, sino de un programa que utiliza un sistema de recompensas y, eventualmente, administra la forma en que el niño debe enfrentar las consecuencias negativas de su comportamiento. Lo que caracteriza a estos programas es la colaboración entre la escuela y la familia del niño en un trabajo conjunto.

Se ha hallado que es un complemento apropiado para un sistema de economía de fichas o de contratos comportamentales en el ámbito escolar y su eficacia probablemente derive de la colaboración estrecha entre padres y docentes. Aunque no se puede establecer una fórmula general, es de esperar que un número muy importante de padres se sientan cómodos con un programa que incrementa su comunicación con los docentes y que los mantiene al tanto, de manera diaria, del comportamiento de su hijo.

Estos programas pueden fracasar si la escuela y los padres no están capacitados para colaborar apropiadamente, si los padres no administran el refuerzo positivo en forma apropiada, si se fracasa en conseguir que el niño haga un uso responsable de la tarjeta en la que se llevan las puntuaciones, si los padres no facilitan la puntual devolución de la misma y si el docente no

efectúa una puntuación diaria.

Algunos autores recomiendan que una vez que el niño ha logrado llegar a completar satisfactoriamente las primeras fases de este programa se pase a un sistema de Auto evaluación pero escapa a los límites de este trabajo presentar la metodología.

Extinción. La técnica de extinción es un procedimiento útil pero de difícil aplicación y está destinado a disminuir las posibilidades de que un comportamiento se repita. Este principio sostiene que:

Si, en una situación dada, alguien emite una respuesta previamente reforzada y ésta no es seguida por una consecuencia que la refuerce, entonces, es menos probable que esta persona haga la misma cosa de nuevo cuando vuelva a encontrarse en la misma situación.

La dificultad radica en que hay eliminar los reforzadores del comportamiento disfuncional y para ello hay que identificarlos claramente, lo cual no siempre es posible. Otra dificultad surge del hecho de que exige fuerza de voluntad de parte de quienes la utilicen, ya que implica, por ejemplo, el retiro sistemático de atención al niño cada vez que éste produce un específico comportamiento disfuncional. También es muy probable, que el niño que ha estado acostumbrado a recibir atención cuando realiza "X" conducta, la intensifica cuando se lo ignora. Es bueno solicitar apropiada supervisión para el uso de la extinción.

Costo o Coste de la Respuesta. Se aplica en general como complemento de la Economía de Fichas y lo hemos expuesto en el módulo de entrenamiento parental. Aunque su uso puede darse fuera de ese contexto, como una forma específica de castigo. De la misma manera que el producir determinados comportamientos es reforzado con determinadas cantidad de "fichas" o "puntos", la aparición de un comportamiento no aceptable bien específico es seguido de un retiro de una cantidad también específica de "fichas" o "puntos" o bien, retirar un beneficio o privilegio esperado por el niño, etcétera. El Coste de la respuesta a través del sistema de multas es una forma de castigo.

Contrato Comportamental

Debo seguir las siguientes reglas:

- Completar la copia de las tareas en mis carpetas
- Realizar satisfactoriamente los cálculos el día de hoy.

si: José Alberto Gómez (nombre del alumno) sigo estas reglas obtendré:

Llevar menos ejercicios para hacer en casa. (recompensa),

pero: si fallo en seguir estas reglas: Llevaré por lo menos dos cuentas extras como tarea. (consecuencias)

Fecha: / /

Firma Alumno:

Firma del Docente:.....

Evaluación



La utilidad de este método guarda estricta relación con su uso específico y cauteloso: El niño debe saber con anticipación qué comportamientos suyos desencadenarán que se la aplique una determinada penalidad. El costo y/o retiro de un privilegio debe tener alguna proporcionalidad adaptada a la naturaleza de la disconduc-ta como a la edad del niño.

Se debe aplicar a unos pocos comportamientos, con el fin de no atentar contra la eficiencia de la economía de fichas.

Se debe evitar que la aplicación del “costo de la respuesta” produzca que el nivel de “fichas” del niño se acerque peligrosamente a cero, si así ocurre puede ser necesario aplicar un procedimiento de “ignoring” sobre las disconduc-ta y revisar el sistema de economía de fichas.

El tiempo por el cual se retirará el privilegio debe ser proporcional a la edad del niño. En este contexto, por ejemplo, poco útil puede ser dejar a un niño de ocho años sin mirar televisión por un mes o a un niño de 5 años sin salir de su cuarto por 2 horas.

Se debe tratar de no afectar a otros miembros de la familia. Por ejemplo, si la prohibición de mirar televisión es absoluta hay que contemplar qué pasará con los hermanos. Siempre se debe elegir retirar un privilegio que sólo afecte al niño involucrado.

La actitud emocional de quien aplica la “sanción” debe ser tranquila, equilibrada y no debe acompañarse de manifestaciones afectivas desagradables.

Con posterioridad al retiro de puntos, el adulto que aplique la sanción debe retirarse de la escena.

Aislamiento. El “Tiempo Afuera” nació tradicionalmente como un intento de bloquear temporalmente el refuerzo de una conducta; es el ejemplo del niño “gracioso” que consigue que sus compañeros se rían puede ser útil retirarlo del aula o del centro de atención por unos minutos. Sin embargo, como se observará puede ser usado como un castigo moderado y de hecho, lo es. Existe consenso de que se trata de un procedimiento útil para manejar disconduc-tas que caigan en el campo del oposiciónismo, la desobediencia y, eventual-

mente, la agresividad. En especial, cuando se sospecha que el comportamiento del niño es reforzado por los compañeros o por el docente mismo.

El objetivo final del aislamiento es moldear la conducta deseada ayudando a que el niño mejore el control sobre su comportamiento. Son objetivos intermedios los siguientes:

- ☺ Restablecer el orden jerárquico: el docente está a cargo. Por ende, reafirma la autoridad y marca los diferentes roles.
- ☺ Permite una revisión de las reglas y facilita su aplicación consistente.
- ☺ Saca al niño y a la conducta no deseada del foco de la situación y/o de la dinámica áulica. Lo cual de hecho, implica la posible extinción de reforzadores.
- ☺ Congela la situación conflictiva.
- ☺ Da tiempo y ocasión al niño para serenarse.
- ☺ Disminuye las posibilidades de que el comportamiento empeore, ya sea porque es reforzado por la reacción ambiental o porque el niño mismo desorganiza la conducta (En los niños en que la impulsividad está marcada claramente por un déficit inhibitorio y no por un determinado problema emocional, la disconduc-ta sufre con mucha frecuencia el efecto “bola de nieve”. Los padres y docentes deben aprender a bloquear tales comportamientos, prestando control, para evitar que la situación se agrave. Por otro lado, es común observar que estos niños no aprenden nada de estas experiencias).

Es necesario alertar sobre las deficiencias y debilidades del método de aislamiento. En general los castigos (y el “time out” es un castigo) tienen cierta posibilidad de desalentar el comportamiento impropio, pero no promueven necesariamente el desarrollo de habilidades positivas. Es por ello, que se señala en cuando el niño produzca el comportamiento deseado éste debe ser reforzado, por ejemplo, diciéndole: “Muy bien”, o “Así está bien”. Por otro lado un uso demasiado frecuente del aislamiento con el mismo niño es impropio y contraproducente, ya que lo segregará del grupo y pondrá en excesiva evidencia ante el mismo. Circunstancias que pueden dañar la autoestima del niño y sus posibilidades de integración o incluso, potenciar la disconduc-ta, al actuar como refuerzo no deseado del comportamiento disfuncional.

La sobrecorrección. Esta es una técnica que debe

ser usada por los padres ya que es una forma de castigo aunque incluya un elemento de “reparación”. Veamos dos ejemplos:

• **Sobrecorrección:** Ejemplo. El niño jugando con el vaso, a pesar de algún llamado de atención, a derramado el agua de la mesa; sobrecorrección sería que los padres le pidiesen no solamente que limpie el agua de la mesa, sino que además de secar la mesa una vez terminada la comida levante los platos de la mesa o lave los platos (según la edad), pero nunca las dos cosas a la vez: no hay que exagerar con la sobrecorrección.

• **Técnicas de Relajación.** Las técnicas de relajación son útiles para ayudar a los niños con problemas de ansiedad o de déficit de regulación de los estados de ánimo. En los niños con TDAH se utiliza en los programas de control de la ira y la frustración.

¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Los programas de modificación de conducta deben ser diseñados por un psicólogo o psiquiatra. En el curso del entrenamiento parental, los padres aprenderán a ponerlo en práctica cada vez de manera más autónoma.

Técnicas Cognitivas y TDAH

Existen diversas técnicas cognitivas que son de gran utilidad para trabajar con niños tanto en el ámbito escolar como hogareño. Las analizaremos en dos grupos. En el primer grupo aquellas que pueden formar parte del diálogo cotidiano y que están destinadas a conseguir que el niño afronte la realidad con formas de razonamiento cada vez más eficaces, flexibles y que creen menos distorsiones.

La revolución cognitiva en psicoterapia valorizó el pensamiento, tal como se nos aparece en el escenario de la “mente” al postular que las cogniciones determinan parcialmente, pero de forma relevante, los sentimientos, emociones y comportamientos. Las cogniciones que una persona realiza en un momento específico están determinadas por la forma en que la persona estructura el mundo, a partir de esquemas aprendidos en situaciones anteriores.

Me gustaría poner un ejemplo real. Estaba instruyendo a un niño en terapia cognitiva, utilizando el modelo de Robert Friedberg y ocurrió lo que a continuación he de narrar. Hice el dibujo de un niño con un globo. Al niño le faltaba dibujar la boca y los ojos. Pregunté: “¿Cómo crees que se siente el



niño?” Me respondió: “Contento”. Entonces dibujó la cara del niño con una gran sonrisa. Acto seguido le pregunté: “¿Qué piensa el niño mientras camina con su globo?” Respondió: “Mi padre está contento conmigo porque me porte bien en la fiesta.” Hablamos un poco al respecto y luego le dije: “Mira, el niño sigue caminando y una ramita que sale de esta árbol (hago el dibujo) revienta el globo: ¡Plum! ¿Cómo se siente el niño?” Aquí viene el momento crucial, muchos niños dicen que triste y piensan que ya no conseguirán otro globo, etc. Pero este niño, dijo: “Le da mucha risa, se pone contento (le dibuja una cara con grandes risas)”. Cuando lo pregunto que piensa me dice: “¡Plum! Es un sonido muy divertido”.

En terapia cognitiva se trabaja de distintas maneras sobre la relación entre pensamientos y emociones. La verdad es que él le ha atribuido a la situación una connotación que le permite no sentirse mal e incluso disfrutar de perder el globo. Si esta cognición no fuera adaptativa, deberíamos ayudarle al niño a cuestionarla, es decir, que estos juicios, decisiones y acciones pueden ser acertados o no, resultando en una solución de los problemas que la persona enfrente, en un agravamiento de los mismos e incluso, en su creación.

El procedimiento terapéutico central en la terapia cognitiva implica un conjunto de técnicas destinadas a detectar los “esquemas” e “ideas” distorsionadas o equivocadas de la persona, seguido de técnicas para reemplazarlas por esquemas e ideas más realistas y más adaptativos en función de la problemática de que se trate.

El método consiste, como acabamos de ver, en organizar experiencias de aprendizaje que permitan enseñar al paciente:

- ☺ Ayudar a que el paciente controle los pensamientos no adaptativos.
- ☺ Ayudar a que el paciente identifique las relaciones entre pensamientos, emociones y comportamiento.
- ☺ Ayudar a que el paciente evalúe la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
- ☺ Ayudar a sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- ☺ Enseñar y conseguir que el paciente aprenda a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

En este sentido, la terapia cognitiva de las ideas irracionales y/o erróneas, cree en el poder curativo de erradicar estas ideas reemplazándolas por interpretaciones más acertadas sobre el comportamiento propio y ajeno y por razonamientos lógicos.



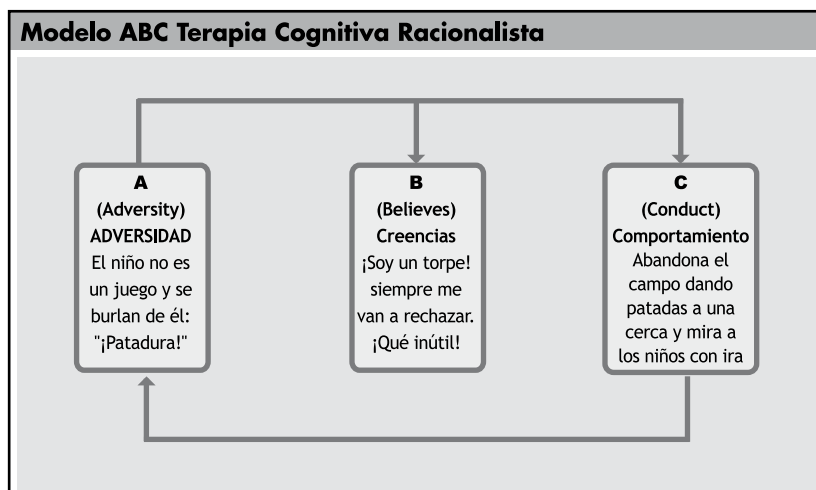
Normalmente podemos establecer con claridad cuál es la Adversidad y cuál es la respuesta comportamental, no siempre es fácil detectar el sistema de creencias que explican la manera en que el niño está afrontado la adversidad. Examinaremos algunas de éstas, siguiendo a los autores mencionados, pero recogiendo la experiencia específica con niños que presentan TDAH, cuáles son los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información) que cometen con frecuencia. Luego veremos los esquemas cognitivos aunque en estos casos, el tipo de esquema dependerá en mucho de los factores asociados.

Muchas personas que en vez de utilizar los hechos cotidianos como una fuente continua que alimente su experiencia, de forma tal que al reflexionar sus creencias se ponen a prueba y por ende, pueden modificarse de manera más adaptativa, tienden a interpretar las circunstancias de forma tal que éstas se adapten a sus creencias previas, aunque sean erróneas. Los errores que vamos a presentar a continuación no son solamente propios de los niños con TDAH, los cometen muchos seres humanos, pero usaremos ejemplos tanto de ellos como de

sus padres. Los profesionales deben trabajar con el niño en examinar sus creencias buscando ser más racionales y ayudar a los niños a construir sus opiniones sobre mejores bases. En muchas ocasiones, esto revestirá las características de un diálogo socrático adaptado a los niños.

Inferencia arbitraria. Adelantarse a sacar conclusiones sin sustento apropiado, en forma precipitada o aún, con evidencia en contrario. Ejemplos: “no has estudiado nada, eres un vago (ha reprobado los últimos exámenes, pero no así los diez previos)” ; “es muy difícil, no podré con esto (no ha comprendido el primer párrafo en gran medida porque no conoce dos palabras claves)”. Muchas madres viven angustiadas por el futuro de su hijo que se encuentra en los primeros grados, porque perciben por ejemplo, que tiene rendimientos académicos menores que el promedio; infieren una vida de fracasos sin tomar en cuenta que la parte buena de su preocupación las ha puesto en el camino de proporcionar adecuada ayuda al niño.

Abstracción selectiva. Aquí la persona toma un elemento de la realidad y olvida el resto, lo descontextualiza. De tal manera, por correcta que haya sido la apreciación toma un giro absurdo porque ha perdido la conexión con los elementos que le daban sentido. Ejemplos: “mi padre trabajaba mucho y no se ocupaba de mí y sin embargo salí derecho (intenta justificar su poca involucración con su hijo y se olvida de contar que el abuelo paterno se ocupó de él y que auxilió a su madre durante las largas ausencias del padre); “mi padre no terminó la escuela y es un hombre feliz que tiene mucho dinero” (en verdad el padre tuvo la “fortuna” de heredar la casa paterna y casarse con una señora que tiene buenas rentas); “seré siempre un fracaso” (el niño percibe que no sigue el ritmo en algunas



asignaturas pero no puede rescatar su habilidad para los números y la música).

Generalización Excesiva. Se incurre en este error de procesamiento de la información cuando a partir de hechos aislados, más o menos probados, se concluye en una regla general. La generalización excesiva es uno de los errores más comunes. Por ejemplo: “siempre seré un fracaso (en verdad, no ha rendido bien en los últimos meses)” ; “siempre olvida se olvida de hacer las tareas, va a ser un infeliz toda la vida... quien lo va a querer siendo así además de su madre (dice la madre)” ; “no vale la pena intentarlo, siempre me va mal”.

Maximización y minimización. La respuesta frente a una situación no forja en la mente de la persona una idea proporcionada a la situación misma.

Por ejemplo: “no es tan difícil, lo haré en un minuto (obviamente, luego no pudo terminar a tiempo, ya que había valorado en menos la complejidad de la situación)” ; “en esta escuela le va mal porque la directora lo tiene entre ceja y ceja (maximiza la importancia de la directora en los problemas de su hijo), cuando cambie de escuela todo mejorará (minimiza la importancia de los problemas del niño)”.

Personalización. Muchas personas creen que los demás hacen o dejan de hacer en función de su propia persona. Se lo toman como cuestiones personales situaciones que o bien son generales o simplemente casuales. Por ejemplo: los padres de un niño están hablando animadamente cuando llega usted con su hijo y entonces, ellos cambian de tema, usted se queda con la impresión que estaban hablando de usted (cuando bien podrían estar hablando de algo que no corresponde decir delante de un niño); “Juan y Pedro no me quieren (porque se han reunido a jugar al ajedrez sin invitarlo).

Pensamiento absolutista, dicotómico. Las personas pueden clasificar los mensajes y pensamientos, en ocasiones, de una manera simplista. Utilizando categorías del tipo: bueno/malo o blanco/negro. Ejemplos: “no me quieres ya que si me quisieras me habrías dado el dulce, todas las madres buenas quieren que sus hijos sean felices, no me hace feliz que me escondas el dulce, eres una mala madre”, “si fueras un buen hijo terminarías la tarea”, “los nenes buenos no le pegan a sus hermanos”.

Es necesario ayudar a los niños a introducir formas de pensamientos más y más complejos. De tal manera, las formas simples e

infantiles se habrán de desarrollar hasta alcanzar la complejidad y la madurez del pensamiento que sea apropiada a cada edad.

Ejemplos: El niño dice: “soy incapaz de terminar mis tareas a tiempo y siempre fracasaré”, habría que ayudarlo a que este pensamiento que carece de dimensiones y sobregeneraliza se vuelva multidimensional y selectivo: “tienes mayor dificultad en terminar las tareas que te desagradan, haces bastante bien las actividades escolares y eres muy responsable con los encargos hogareños”.

o Preguntas y Respuestas

¿Les resulta fácil a los niños establecer claras diferencias entre pensamientos y emociones?

A los niños pequeños les resulta difícil, por ello se los instruye como explicamos en el caso del globo y luego se buscan situaciones de la vida real. Por otro lado, a diferencia de lo que ocurre con adolescentes o adultos, todas estas explicaciones e indagaciones se hacen a través de dibujos, títeres, dramatizaciones y juegos. Los niños pequeños no disfrutan de sentarse a hablar: así es que siempre se crean situaciones experimentales.

¿Hay otras formas de abordos cognitivo comportamentales?

Sí. Son aquellos en que se les provee entrenamientos específicos para controlar la ira y la frustración, a desarrollar la reflexividad y a resolver problemas.

¿Cuál es la diferencia entre psicoeducación y psicoterapia?

En mi opinión son dos actividades muy diferentes que se hermanan, en el mejor de los casos. La psicoeducación implica la enseñanza de habilidades a una persona y la psicoterapia, el uso de esas habilidades. En este sentido, el entrenamiento parental es psicoeducación y psicoterapia: se enseñan habilidades, se pide su aplicación y se supervisa. Por eso podemos decir que los padres actúan como co-terapeutas.

son puestas en práctica por los padres. Así es que transitamos parcialmente el camino de la psicoeducación a la psicoterapia.

En el curso del entrenamiento parental, con toda seguridad, el profesional habrá diseñado e implementado intervenciones cognitivas conductuales. Los padres simplemente las implementaron y actuaron como co-terapeutas.

Pensemos un ejemplo muy común. Los padres ya en la devolución diagnóstica plantean que un niño de 5 años tiene comportamientos muy agresivos con su hermano de 3 años. Aunque la agresividad no es un síntoma central del TDAH, un porcentaje de niños con TDAH presentan la problemática. No es posible esperar 10 a 12 sesiones para actuar y en lo posible se debe evitar recurrir a la intervención exclusivamente farmacológica. ¿Qué hacer?

El profesional explorará la posibilidad de hacer lo siguiente de la manera más rápida posible:

- ☺ Organizar la vida familiar en torno a la relación fraternal.
- ☺ Enseñar a los padres a prestar atención positiva al niño.
- ☺ Enseñar a los padres el tiempo especial de juego.
- ☺ Enseñar a utilizar el time out.
- ☺ Hacer un contrato comportamental.

Se establecerá una línea de base: ¿Cuán intensas son las peleas? ¿Cuántas veces ocurren por día o por semana?. Luego el terapeuta se asegurará de que los padres presten supervisión adecuado a la relación entre ambos, que establezcan fronteras adecuadas en los cuartos, en la mesa, en el automóvil durante los viajes y se asegurarán de utilizar las mismas técnicas con los dos hermanos.

Hecho esto se tratará que de la manera más inmediata presten atención positiva a ambos niños tratando de descubrirlos en comportamientos apropiados y a la vez se les enseñará a los padres la técnica especial de juego para ser utilizadas por ambos niños y se recompensarán de manera diversa (elogios, gestos, caricias, etc.) las interacciones adecuadas de ambos y el que busquen ayuda parental para resolver conflictos.

Así ha quedado el camino preparado para que los padres sean instruidos en la técnica de aislamiento o Time Out para afrontar situaciones de agresión. Ambos niños podrán ser castigados si ha habido intercambio de golpes o empujones, independientemente de quien haya comenzado. También puede haber optado por darle a esta castigo un formato de contrato com-

19 | Resolución de Problemas, control de la ira y desarrollo de la reflexividad

Introducción

Hemos venido proporcionando una serie de ideas sobre el formato de los tratamientos psicosociales, pero con un gran enfoque en tareas que diseñadas por un psicólogo

portamental: "Si ustedes se llevan bien y resuelven los problemas sin pegarse o con la intervención de mamá y papá, a la noche les contaremos un cuento extra (o podrán elegir un postre especial, en vez de comer una fruta) pero si se pegan, perderán el premio y deberán estar "x" cantidad de minutos sentados en una silla. Si los padres aplican de manera consistente estas instrucciones podremos verificar una disminución rápida de las peleas entre los hermanos y se dispondrá de mayor tranquilidad para desarrollar todo el programa. Lo mismo podría haberse hecho con niños de mayor edad. Ahora bien: ¿Eso es todo? No. Los niños con TDAH pueden necesitar aún una variedad de otros tratamientos, lo que ocurre que la primera acción se focaliza en la psicoeducación y en el entrenamiento parental.

Puede ser necesario que el niño realice psicoterapia en forma individual o grupal para una serie de problemas que los padres no podrán resolver solos:

- ☺ Desarrollo de la Reflexividad y entrenamiento en resolución de problemas
- ☺ Control de la ira y la frustración
- ☺ Desarrollo de habilidades sociales
- ☺ Desarrollo de habilidades organización, planificación y autorregulación.

Los puntos precedentes se abordan con formas muy específicas de psicoterapia, en general a cargo del psicólogo, aunque con la colaboración estrecha de los padres.

Entrenamiento en Resolución de Problemas

Generalidades y Objetivos. El Programa de Entrenamiento en Resolución de Problemas es la técnica más usada en el tratamiento de los niños con problemas del comportamiento. Desde la perspectiva del tratamiento de los niños con TDAH es útil para remediar problemas del mantenimiento de la atención, mejorar el control de los impulsos, promover la capacidad para pensar en término de medios y fines y mejorar la inserción social del niño.

Estos tratamientos en parte se basan en generar una detención o momento de reflexión, para que el niño pueda pensar, hablar consigo mismo y con el problema. El terapeuta debe enseñarle al niño ofreciéndose como modelo a través del uso del rol playing de las siguientes habilidades:

- ☺ Identificación de problemas
- ☺ Análisis de problemas
- ☺ Exploración de soluciones alternativas de soluciones y desarrollo del pensamiento basado en las consecuencias
- ☺ Planificación de soluciones y anticipación

Programa de Entrenamiento de Autoinstrucciones para la Resolución de Problemas

Paso - Autoinstrucciones Características - Observaciones prácticas y teóricas

1 - "¡Alto! ¿Cuál es problema?"

Se intenta instruir al niño sobre técnicas para identificar situaciones problemáticas, producir una conducta diferenciada, reconocer qué aspectos son problemáticos y cuáles no. Por ende, conduce a un análisis del o los problemas.

2 - ¿Quién o qué ha causado el problema?

En un contexto interpersonal es necesario ayudar al niño con TDAH a efectuar atribuciones causales correctas. El exceso de atribución externa es un handicap para resolver problemas interpersonales.

3 - ¿Qué piensa y siente cada uno?

El déficit de alteridad de los niños impulsivos hace que no valoren como parte de la situación-problema los pensamientos, deseos y sentimientos de los demás. Nuevamente, éste es un handicap para resolver problemas interpersonales.

4 - "¿Cuáles son las soluciones?" "¿Si hago esto qué pasará?"

Instrucción en técnica de exploración de soluciones. Se lo debe instruir en explorar un mínimo de 3 soluciones con sus respectivos planes de acción.

5 - "¿Qué planes tengo disponibles?" "¿Cuál es la mejor solución?"

Debe elegir la solución que mejor soluciona el problema. Para ello deberá revisar los planes de acción y analizar cuáles son las posibles consecuencias del mismo. El niño debe evaluar los eventuales obstáculos a su intento de solución y anticipar su respuesta.

6 - "¡Hazlo!" "¡Ejecuta el plan!" Poner en práctica el plan.

7 - ¿El plan funcionó?

Evaluar su resultado cotejando los hechos con las expectativas. Si no funcionó volver al Paso 1.

de obstáculos

- ☺ Evaluaciones del proceso de resolución de problemas en curso.

Este modelo es de cinco pasos o siete pasos, según se trate de problemas en general o de problemas interpersonales. Los pasos 2 y 3 se deben obviar cuando el problema no implica en grado relevante a otras personas.

Procedimiento General de instrucción.

En la práctica clínica es aconsejable ir de menor a mayor. Es preferible comenzar con el programa de 5 (cinco) pasos y desarrollar la metodología para resolver problemas no interpersonales pero si es necesario, se puede comenzar directamente con el programa de 7 (siete) pasos.

Parte de la instrucción es acompañar las explicaciones con gráficos apropiados. El uso

del semáforo como técnica visual dominada por los niños, puede ser de gran utilidad. Se puede construir un semáforo en el que se puedan intercambiar los colores y utilizarlo como técnica preparatoria.

Luego de explicados los pasos es apropiado que proceda a modelarlos, utilizándose a sí mismo como modelo. Por consiguiente se utilizará la técnica de rol playing y el terapeuta hará las veces de niño, y expresará en voz alta las autoinstrucciones verbales correspondientes. Por ejemplo, el terapeuta puede relatar una situación problemática, leerla o bien exhibir una película y partiendo de ella ir desarrollando cada uno de los pasos utilizando las autoinstrucciones verbales que se han señalado en la anterior.

En el caso de niños pequeños puede ser apropiado, establecer un paso previo que

es el Juego del Gato Copión, esta técnica es bueno utilizarla al principio y luego ir la abandonando. Parte importante del modelo es el MODELAR comportamientos, este juego ayuda a que el niño focalice la atención en las acciones y expresiones verbales necesarias. Una explicación breve de las reglas del gato copión son las siguientes: “¡Tienen que decir lo que yo digo y hacer (señalando con el dedo) lo que yo hago! Vamos a jugar al ¡Gato Copión! (Si los niños no repiten lo que hemos dicho, lo volvemos a decir). Tienen que decir lo que digo y hacer lo que hago. Si yo señalo con mi dedo (señalar con el dedo), ustedes tienen que señalar ...” (Camps y Bash, 1998). Luego se acuerda con los niños una señal para iniciar el juego del Gato Copión y una señal para darlo por concluido.

Veamos un ejemplo en cinco pasos sobre un problema interpersonal:

“En esta situación en la que tú estás sentado detrás mío en la clase y tú estás pateando mi silla. ¡Muy bien! ¡Comienza a golpear mi silla! (El niño hace de cuenta que golpea la silla.) ¡Alto! ¿Cuál es el problema? El problema es que él está golpeando mi silla y yo me estoy volviendo loco. ¿Cuáles son las soluciones posibles? Podría darme vuelta y patear su silla, podría decirle a la maestra o podría ignorarlo. ¿Cuál es el mejor plan? Si me doy vuelta y pateo su silla él podría ponerse como loco conmigo y pegarme. Si se lo digo a la maestra él podría dejar de golpear la silla pero luego podrían llamarme “alcahuete”. Y si lo ignoro, él podría dejar de golpear mi silla. Pienso que lo mejor es ignorarlo. ¡Ejecuta el plan! Muy bien, yo necesito ignorarlo porque ese es mi mejor plan. (El terapeuta modela el “ignoring” mientras el niño hace de cuenta que golpea su silla.) ¿El plan funcionó? ¡Sí, funcionó! Pense acerca del problema, se me ocurrieron distintas soluciones o planes, puse en práctica el mejor, que resultó ser el de ignorarlo y él dejó de golpear mi silla” (Braswell & Bloomquist, 1991).

A partir de este momento el terapeuta podrá continuar con el plan de modelado de las autoinstrucciones utilizando técnicas de rol playing y distintas situaciones problemáticas.

Identificación de problemas, detención y análisis. Un aspecto central del Programa es mejorar la capacidad del niño para percibir cuando él está en un problema o frente a un problema. Se instruye y modela la capacidad del niño para detectar las claves que denuncian de la forma más rápida y eficiente posible la existencia de un problema. Este punto puede llamar la atención de quienes no tienen experiencia en el TDAH y/o en otros trastornos disruptivos, ya que puede creerse que “cualquiera se da cuenta cuándo está en líos”, sin embargo, no es así. Por consiguiente, este punto es crucial en el Programa de Entrenamiento en Resolución de Problemas por dos motivos: primero es que los niños en cuestión suelen realizar una identificación tardía y en segundo lugar, de tal identificación depende que puedan poner en marcha las enseñanzas del Programa.

Es parte importante del entrenamiento desarrollar en los niños la capacidad de monitorear su comportamiento para poder determinar cuándo se está “en problemas”.

El uso de técnicas clásicas de instrucción, de rol playing, la observación guiada de películas, dibujos e historietas y el análisis de situaciones son recomendables con el fin de desarrollar en el niño la capacidad de percibir más rápidamente las claves de cuándo una situación deviene problemática.

El programa no debe circunscribirse a ayudar al niño a encontrar en sí mismo signos de incomodidad, angustia o enojo sino a detectar en los demás las mismas condiciones. Por ejemplo, es necesario evaluar y desarrollar la capacidad de detectar los tonos de voz, las actitudes faciales y las posturas que denuncian diversos estados de ánimo como angustia, tristeza y enojo; tanto en sí mismos como en los demás. En forma estrechamente vinculada con el proceso de reconocimiento de problemas se debe proceder a entrenar a los niños a detenerse para poder reflexionar y dar lugar al tercer punto que es el análisis del problema. El semáforo, con el cual cualquier niño se encuentra familiarizado es una buena fuente de ejemplos. La luz verde del semáforo nos dice “adelante y sin problemas” y se corresponde con el comportamiento de continuar lo que uno está haciendo o bien de poner en marcha un comportamiento. La luz amarilla nos dice “atención, un cambio está por ocurrir” y se corresponde con evaluar “¿Qué está pasando? ¿Hay un problema?” Y la luz roja que nos indica “detención” se corresponde con “¡Alto! ¡Tengo un problema!.”

La última parte de esta fase de trabajo es la de análisis del problema y en buena medida se corresponde con los pasos 2 y 3 descritos en la Tabla respectiva. Utilizando técnicas de instrucción directa y de rol playing también se intenta desentrañar algunos aspectos del problema, que quedan representados por preguntas tales como: ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Qué está sintiendo? ¿Por qué creen que pasa esto o “X” se comporta de esta forma? ¿A algunos de ustedes les pasó algo parecido? y si así fue ¿recuerdan qué sintieron? Aquí la idea es que los niños desarrollen una correcta atribución a los posibles aspectos causales ya sean éstos de naturaleza física como interpersonal.

Generación de soluciones. Los niños no sólo deben ser entrenados a reconocer la existencia de un problema, quiénes son los implicados y cómo actúan todos los protagonistas de una situación sino que deben desarrollar la habilidad para generar soluciones y analizar sus consecuencias. Por consiguiente implica una combinación de técnica de resolución de problemas en sentido estricto y desarrollo de la habilidad para el pensamiento prospectivo: ¿Cómo ordenaremos la acción en el tiempo? ¿Qué acontecimientos se anticipan? ¿Qué obstáculos imaginan? ¿Qué pasará después?.

El terapeuta alentará que los niños busquen soluciones de todo tipo, no emitirá juicios de valor sobre las soluciones que los niños le ofrezcan y las listará para un análisis posterior. Aunque es posible que algunas soluciones sean francamente absurdas e improcedentes, deberán ser incorporadas al listado en este primer momento.

Valoración de las consecuencias: respuestas y obstáculos. Una vez que los niños parecen estar en condiciones de generar soluciones alternativas de buena calidad y en un número que mínimo sea de tres para cada problema, podemos comenzar a trabajar la cuestión del planeamiento y la organización de la solución. Autoinstrucciones verbales del tipo de “¿Qué pasará después que yo haga esto? ¿Cómo lo tomará él? ¿Qué irá a pensar? y ¿Qué sentirá él, ella o ellos? Si el terapeuta había anotado unas soluciones posibles, deberá anotar al lado las posibles consecuencias, reforzando la participación de los niños con palabras y gestos de aliento.

Elección de la solución y autoconocimiento. Las siguientes autoinstrucciones verbales explicitan una cuestión central para la elección de la solución más correcta “¿Cómo me voy a sentir?”, “¿Qué me va a pasar a mí?” y “¿Qué es mejor para mí?”



El niño debe visualizar los acontecimientos y evaluar su propio estado emocional no sólo a lo largo de la ejecución de la solución sino después. El planeamiento y el uso del pensamiento prospectivo es inútil si el niño no puede adquirir conocimiento y control sobre las claves emocionales que determinan sus elecciones. El terapeuta debe ayudar a explorar, tanto con la ayuda de preguntas como a través de los ejemplos que las situaciones de rol playing traen al aquí y ahora del salón, los estados emocionales que van a surgir como resultado de la aplicación de una solución u otra. Si trabajamos con un niño que tiene dificultades en representarse estos posibles estados emocionales mediante las técnicas de "puesta en escena", puede utilizarse la técnica de "bola de cristal", en especial si ya ha sido entrenado en técnicas de relajación. En esta técnica, se lleva al niño a un estado de relajación en el que le resulte fácil visualizar la situación una vez que el problema se haya resuelto y explorar su estado de ánimo. Finalmente, se puede recurrir a la terapia lúdica que es otro excelente recurso pero que requiere un abordaje individual y probablemente más lento. Siempre que se observe una dificultad extrema del niño por comprender la relación entre sus estados emocionales, su comportamiento y las decisiones que toma se deberá evaluar como abordaje complementario una terapia lúdica.

Planeamiento: anticipación de obstáculos y soluciones preventivas. Cuando los niños han llegado a preferir una determinada solución siguiendo el Programa de Entrenamiento que estamos analizando y aún siendo ésta la mejor, debemos detenernos un tanto más antes de ponerla en práctica. Se debe capacitar al niño para que se represente mentalmente la ejecución de la tarea, los posibles obstáculos que puede encontrar y la forma de solucionarlos. Para motivar a los niños en la ejecución de este plan debemos conseguir que valoren la importancia de los detalles en la ejecución de la tarea. El concepto de "detalles" engloba desde los elementos necesarios para una determinada acción hasta la reacción de otra persona, pasando por la acción u omisión de terceros. La forma más instructiva de hacer esto es la de hacerlo con ejemplos propios de los deportes o juegos preferidos de los niños y si es posible, "escenificando" situaciones.

La ejecución de la tarea. Luego que se ha elegido la solución, pensado los posibles obstáculos y anticipado algunas alternativas, el niño debe saber ejecutar la acción

planeada. En este modelo de Programa de Entrenamiento en la Resolución de Problemas llegado el momento de la ejecución es importante asegurarse de que el niño domina las habilidades necesarias para la solución que se propone.

El ejemplo clásico es la utilización del "ignoring". Los niños muchas veces han probado con "ignorar" un comportamiento molesto de otro compañero, pero han fallado por no ejecutar apropiadamente la tarea, en general porque no logran mantenerse tranquilos, calmos y reflexivos. Por consiguiente, la última parte del Programa es proceder a desarrollar las habilidades específicas involucradas. En este momento, la técnica se vuelve prácticamente conductual, en el sentido del Aprendizaje Social, ya que es necesario proceder a modelar el comportamiento del niño mediante el uso de técnicas de juego de roles y de dramatizaciones. También se pueden utilizar técnicas de instrucción directa.

Como parte del programa hay que entrenar a los niños en las siguientes habilidades:

- ☺ Ignoring o desatención selectiva
- ☺ Asertividad y expresión adecuada de sentimientos
- ☺ Expansión de capacidades para cooperar y compartir
- ☺ Respetar el turno en conversaciones y juegos
- ☺ Negociación de diferencias

Por consiguiente, el Programa de Entrenamiento en Resolución de Problemas, puede encaminarse en otros programas conexos. El proceso final es lograr que se produzca una internalización de la técnica que permita su uso automático por el niño y, progresivamente, a un desvanecimiento de las partes no necesarias de la técnica, según la situación de que se trate. Aquí se recomienda, una vez que los niños han demostrado un uso experto de la técnica "desarrollada", la enseñanza de programas cortos o abreviados y de cuándo es necesario recurrir a ellos.

Entrenamiento en el control de la ira

Control de la Ira y la frustración. Estos programas también integran técnicas comportamentales y cognitivas y son útiles para trabajar en niños agresivos e impulsivos que tienen problemas para controlar su ira en situaciones de frustración.

• **Paso 1.** Síntesis: Desarrollo del Programa. Diálogo sobre las consecuencias de la falta de control: exponiendo a los niños qué pasa con la "rabia" y sus aspectos emocio-

nales, físicos y cognitivos. Observación: Se instruye sobre la relación entre pensamientos y sentimientos y es necesario que los niños generen ejemplos de manera activa. Luego se debe centrar en el tema de la ira y obtener que los niños detallen sus claves fisiológicas para posteriormente enfocarse en los problemas susceptibles de generarles ira. Enseñar a evaluar el grado de enojo con el que reaccionan en esas situaciones y si es posible, establecer puntajes (en niños pequeños podemos usar caritas de enojo). Finalmente, se da una tarea para el hogar que implica el uso de técnicas de auto registro de Situaciones que Provocan Ira, Manifestaciones Corporales de la Ira y Pensamientos Vinculados.



• **Paso 2.** Síntesis: ¡Alto! Detención del pensamiento y Autoinstrucciones de afrontamiento. Observaciones: Los registros nos permitirán explorar los distintos grados de ira en relación con los aspectos cognitivos acompañantes. Es conveniente reforzar el comportamiento vinculado a traer estas anotaciones. Se instruye a los niños a que consideren las primeras manifestaciones físicas y cognitivas de la ira como señales que nos avisan que estamos por "perder el control". Como vimos en el Paso 1, no es bueno "perder el control", por ende, comencaremos a enseñarles técnicas ("trucos") para mantener el control o canalizar

el enojo. Se enseña “No a la ira. Tengo una Idea”: Detención del Pensamiento, Autoinstrucciones de afrontamiento (“tranquilo”, “seguro que puedes controlarte”, “no debes perder la calma”, “párate”, “piensa”, “¿Qué debo hacer?”, “relájate”, “cálmate”, “yo puedo dominar esta situación sin estallar”, “enfadarme no me ayuda a conseguir lo que deseo”, “no tengo que pelear”), Relajación, Resolución de problemas, Revisión y Refuerzo. Se modela el procedimiento de Detención y de Autoinstrucciones. Tarea para el hogar: Situaciones que Provocan Ira, Manifestaciones Corporales de la Ira, Pensamientos que producen Alto y Aplicación de Autoinstrucciones

Como vemos se trata de un proceso de instrucción y modelado de un procedimiento específico para resolver un problema: la ira resultante de una situación de enojo o frustración.

• **Paso 3.** Síntesis: Práctica de Detención y de Autoinstrucciones de afrontamiento. Observación: Ejercitación exhaustiva, los niños deben alcanzar maestría en la realización de la técnica de Alto y en la producción de autoinstrucciones. Tarea para el hogar: Autorregistro.

• **Paso 4.** Síntesis: Entrenamiento en técnicas de relajación. Observación: Instrucción sobre Relajación. Se seleccionan dos o tres registros y se les pide a los niños que imaginen las respuestas de tensión que la situación produce. Se continúa con un entrenamiento en técnicas de relajación. Se proporciona a los niños una planilla de Autorregistro.

• **Paso 5.** Síntesis : Práctica de técnicas de relajación. Observación: Revisión de las planillas y revisión del nivel de aprendizaje de las técnicas de relajación. Usualmente una sesión.

• **Paso 6.** Síntesis: Utilización combinada de las tres técnicas enseñadas. Observación: Esta es una sesión de integración. El terapeuta parte de una situación que provoca ira, reconoce las respuestas corporales y expresa en voz alta los pensamientos negativos; procede primero el Alto y luego a las “autoinstrucciones de inhibición, de preparación para la situación y de autoeficacia”, y, finalmente, también modela la relajación. Luego cada niño debe repetir el proceso modelado. Tarea para el hogar: Autorregistro pautado en los siguientes ítems: Situaciones que Provocan Ira, Manifesta-

ciones Corporales de la Ira y Pensamientos Vinculados por un lado y, por el otro, Stop, Autoinstrucciones y Relajación.

• **Paso 7.** Síntesis: Entrenamiento en Resolución de Problemas Interpersonales. Observaciones: Resolución de Problemas. Si los niños han demostrado maestría en el reconocimiento de los aspectos fisiológicos, emocionales y cognitivos de la ira se procede al a instrucción en Resolución de Problemas. Véase el Programa para la Resolución de Problemas.

• **Paso 8.** Práctica de todas las técnicas aprendidas. Observaciones: Integración final e instrucción reforzamiento (autorreforzamiento). Se recuerda todo el procedimiento y se practica sobre situaciones que puedan suscitar ira.

20 | Entrenamiento de funciones ejecutivas

Otra forma apropiada y necesaria de abordaje es comprender qué aspectos del funcionamiento ejecutivo de un niño están alterados. Fundamentalmente, haremos hincapié aquí en una serie de ellas de forma breve y concisa. Enfocándonos más bien en aquello que pueden hacer padres y, eventualmente docentes.

Inhibición de la Respuesta. Básicamente expresa la capacidad de pensar antes de hablar, de inhibir una respuesta actualmente en curso cuando sucede en evento que así lo amerita o bien, no ejecutar una respuesta habitual cuando la situación parece demandarnos que reflexionemos una respuesta diferente.

Obviamente, el resultado de tener dificultades en esta área es aparecer como impulsivo. Es dudoso que se trata de una función ejecutiva, pero sin la aparición de

la inhibición, es probable que no hubiese tiempo para que funcionen las “verdaderas” funciones ejecutivas”.

Es posible provocar algunos cambios ambientales para ayudar al niño con problemas de inhibición de la respuesta (además del programa de control de la ira y la frustración recién visto).

- ☺ Incrementar el control exterior en los contextos en que el niño tiene más posibilidades de perder el control. Por ejemplo, en los recreos, transiciones (salida del aula al patio de juegos, situaciones con mucho ruido, exceso de movimiento y/o estimulación en su ambiente externo.
- ☺ Enseñar al niño de manera afectiva a mantenerse al alcance de la vista en contexto en lugares públicos.
- ☺ Evaluar el nivel de excitación del niño y tener una serie de claves para ayudarlo a percibir que está próximo al descontrol o bien, intervenir directamente, calmándolo. Piense: su hijo puede ser una olla a presión sin válvula de seguridad; usted es la válvula de seguridad.

Obviamente, el niño puede ser apropiadamente instruido a mejorar su control. Para eso es necesario poner práctica una combinación de entrenamiento parental y entrenamiento del control de la ira y la frustración.

Memoria de Trabajo: Implica la habilidad para mantener en mente la información necesaria para realizar tareas complejas, por ende, abarca la capacidad de utilizar información aprendida en el pasado y aplicarla a las demandas de la situación actual, en función de un objetivo que se tiene en mente (proyecto). La memoria de trabajo es importante en la capacidad de planificación y de atención.

Es posible ayudarlo mediante una serie de recordatorios ambientales:

- ☺ Agendas en formato de libros, calendarios.
 - ☺ Agendas electrónicas, computadoras y/o sistemas electrónicos que faciliten poner en la agenda y recordar actividades.
 - ☺ Relojes con alarmas múltiples
 - ☺ Acordar con el niño cómo, quien y cuando le puede ayudar a recordar eventos específicos.
 - ☺ Recordatorios fijados en las paredes del hogar
- También se pueden enseñar al niño técnicas de organización, registro y memorización.



Autorregulación del afecto. Implica la habilidad para manejar emociones con el objetivo de alcanzar los objetivos de manera más apropiada.

Es posible ayudar a un niño en este campo mediante medios diversos:

- ☺ Ayudándolo a anticipar situaciones problemáticas y a actuar o planear de manera anticipada.
- ☺ Enseñarle estrategias de afrontamiento, en especial en casos tales como ansiedad a los exámenes, frustración cuando se le niegan privilegios, etc.
- ☺ Estar atento al grado de tensión del ambiente, ya que los ambientes con importantes factores de estrés detonan más fácilmente las dificultades.
- ☺ Dividir cualquier tarea en partes que le resulten más manejables con el fin de evitar que se sienta sobrecargado. Enseñarle a hacer esto por sí mismo.

Regulación de la Atención.

Ver apartado siguiente.

Iniciación de la tarea y activación. Los pacientes con TDAH (de cualquier edad) suelen presentar dificultades para activarse de manera apropiada al momento de iniciar una tarea que les ha de requerir esfuerzo cognitivo y que no tendrá refuerzos inmediatos. Por consiguiente procrastinan: demoran, postergan y dilatan el comienzo de las actividades.

Es posible ayudarlos con esta dificultad mediante alguno de los siguientes arreglos:

- ☺ Es apropiado establecer horarios rutinarios. No permitir negociaciones innecesarias.
- ☺ Darle avisos o consignas para que comience y se puede establecer un programa de refuerzo para cuando inicie las tareas en tiempo y forma.
- ☺ Iniciar junto con el niño parte de la tarea y habituarlo a que deberá seguir solo a partir de un punto determinado.
- ☺ No distanciarse y mantenerse disponible.
- ☺ En ocasiones es apropiado que se le ayude a programar toda la actividad y el niño puede continuar sólo una vez que se ha comenzado de esta manera.

Planeamiento. La capacidad de establecer una conexión entre el presente y un objetivo futuro, depende de que se trace un camino viable que una la situación actual con la futura. Esto implica tomar decisiones, establecer prioridades, evaluar medios y establecer objetivos.

Las principales modificaciones ambientales que pueden ir en auxilio del niño con TDAH que tiene problemas de planeamiento son:

- ☺ Un adulto debe proveerle un plan de trabajo.
- ☺ Un adulto puede auxiliarlo en llevar una agenda.
- ☺ Un adulto puede hacer un seguimiento del plan o de la agenda
- ☺ El plan o agenda debe tener espacios para que se consigne su realización.
- ☺ Dividir los proyectos en partes que expresen sus reales posibilidades.
- ☺ Crear una planilla para anotar el plan del día o de la semana.
- ☺ El plan, en ocasiones, debe especificar todos los pasos necesarios.

Organización. Organizar es la capacidad de arreglar o acomodar las cosas de acuerdo a un sistema dado.

Las principales modificaciones ambientales que se pueden utilizar son:

- ☺ Tener un esquema apropiado de mantenimiento del cuarto en orden
- ☺ Tener un esquema apropiado de mantenimiento del escritorio, biblioteca y/o materiales de trabajo en orden
- ☺ Tener un esquema apropiado para mantener ordenado los materiales que van y vienen de la escuela en la mochila del niño. En verdad estos sistemas funcionarán en la medida en que se acuerden con el niño, sean altamente supervisados y reforzados.

Administración del tiempo. Hace referencia a la capacidad de distribuir las actividades en el tiempo, calcular apropiadamente el tiempo que llevarán las actividades y ubicarlas en los momentos apropiados.

En verdad esta habilidad está imbricada en el mantenimiento de la atención, en la capacidad de iniciar a tiempo y en forma las actividades; pero también en todo lo mencionado en cuanto a planificación.

En verdad los niños con TDAH tienen una relación extraña con el tiempo, por ello las recomendaciones de los puntos previos deben remarcar y complementarse con:

- ☺ Estipular tiempos en la agenda
- ☺ Poner un "dead line" para ciertas actividades
- ☺ Mantenerlo al tanto de cuánto tiempo le queda para poder terminar
- ☺ Utilizar agendas o relojes con alarmas múltiples.

Persistencia. O capacidad de trabajar de manera persistente hacia una meta hasta completar la tarea o alcanzar la misma, sin apartarse del camino debido a distractores u otras tareas. Algunas posibles modificaciones ambientales podrían ser las siguientes:



- ☺ Utilizar las mismas estrategias recomendadas para el manejo del tiempo.
- ☺ En niños pequeños es necesario realizar supervisiones más cercanas para que puedan mantenerse realizando las tareas.
- ☺ Esto requiere que se mejore el perfil motivacional del niño incluyendo algún sistema de refuerzo y ayudar al niño a visualizar la proximidad de la meta.
- ☺ Cuando la tarea sea prolongada en el tiempo, será necesario dividirla convenientemente, establecer objetivos intermedios que sean fácilmente visualizables para el niño, de forma que pueda anticipar el fin de la tarea.

Flexibilidad Cognitiva. Hace referencia esta habilidad a la capacidad para buscar soluciones nuevas o alternativas, pero también, a la capacidad para revisar los planes en marcha conforme se presentan obstáculos o surge nueva información. Obviamente, puede implicar la capacidad para adaptarse a los cambios e es un claro indicador de autorregulación y de la conducta. Los niños con TDAH pueden tener dificultades en estas áreas.

Para los niños pequeños algunos acomodamientos pueden ser útiles:

- ☺ Reducir el nivel de novedad, por ejemplo, familiarizando de manera anticipada al niño con lugares, agendas, estableciendo rutinas.
- ☺ Modificando la naturaleza de las tareas, por ejemplo, disminuyendo la velocidad, cantidad o complejidad de la información, dividiendo la tareas en partes fácilmente manejables, dando al niño instrucciones escritas del procedimiento.
- ☺ Incrementando el nivel de apoyo durante las tareas.
- ☺ Estar atento a las situaciones de cambio y ayudar al niño a percibir estos cambios de forma dialogal: esto a su vez, provee entrenamiento metacognitivo.

² Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (1989) Introduction to Cognitive Rehabilitation. Nueva York: Guilford.

Metacognición. Este concepto hace referencia a la capacidad que tienen las personas para tomar conocimiento sobre la manera en que aprenden y proceden. Implica, tomar las propias conductas como objeto de reflexión y por ende, incluye la capacidad de automonitoreo del comportamiento y la posibilidad de autoevaluación de las habilidades. Preguntas del tipo de: ¿Cómo lo estoy haciendo? ¿De qué manera obtuve este resultado? Expresan el tema.

Las breves modificaciones ambientales pueden ayudar a desarrollar estas habilidades metacognitivas:

- ☺ Los docentes y los padres ayudan a desarrollar esta capacidad cada vez que preguntan: ¿Cómo lo hiciste? ¿Habría otra manera de resolver este problema? ¿Cómo has estudiado este texto? ¿Cómo lo memorizaste? ¿Podrías usar un método diferente?
- ☺ Desarrollando la capacidad de autoevaluación en la corrección de pruebas y asignaciones, con tareas de búsquedas de errores, etc.

o Preguntas y Respuestas

¿Cómo puedo saber si mi hijo tiene dificultades en algunas de estas áreas? En principio debería ser evaluado por un profesional. Pero piense, si usted se pregunta: ¿Mi hijo comprende las instrucciones? ¿Pide ayuda cuando la necesita? ¿Evita cometer errores por descuido, revisando sus tareas o evaluaciones? La respuesta le dará indicios sobre sus habilidades metacognitivas. Por otro lado, preguntas como: ¿Termina a tiempo sus tareas? o ¿Estima bien el tiempo que le demandará una tarea? Nos proporcionan ideas de cómo maneja el tiempo.

21 | Entrenamientos Atencionales

En términos generales nos hemos apoyado en los estudios que iniciaron hace ya casi 20 años un par de investigadores que desarrollaron un modelo clínico de la desatención. Aunque originariamente el modelo pensado para adultos que tenían problemas de atención como consecuencia de lesiones cerebrales, se ha desarrollado en una adaptación para niños de 5 a 10 años. Esta adaptación ha sido aplicada en la investigación con aceptable éxito. Se parte de un modelo atencional que tiene los siguientes aspectos.

Focalización de la atención: Hace referencia a la habilidad para dirigir la atención

a un estímulo específico. El programa de entrenamiento atencional en niños no formula intervenciones para remediar la atención focalizada descrita de esta manera, ya que cree que los pacientes involucrados no tienen dificultades para tomar conocimiento del estímulo exterior.

Atención Sostenida: Hace referencia a la habilidad para mantener la atención durante un tiempo prolongado en actividades repetitivas. Este concepto incluye al de vigilancia y al de persistencia. En un nivel superior, la atención sostenida incluye también la memoria de trabajo: la habilidad para mantener y manipular información en la mente en función de resolver problemas. Esta habilidad es necesaria en la realización de tareas en el pupitre o para la lectura silente.

Atención Selectiva: Este concepto se refiere a la habilidad para atender a un estímulo e inhibir la respuesta a otro estímulo que no está establecido como target. Este concepto incluye a la noción de “libre de distractibilidad”. Las habilidades propias de la atención selectiva son, por ejemplo, necesarias cuando el niño debe prestar atención a su maestro mientras existe interferencia de ruido provocada por niños que están jugando en el patio.

Cambio Atencional: La habilidad para cambiar de un foco de atención a otro es una habilidad necesaria cuando es necesario modificar el set cognitivo, detener la tarea que uno está haciendo y cambiar rápidamente a otra. Por ejemplo, esto es necesario cuando los niños cambian de una tarea a otra dentro de una misma clase.

Atención Dividida: Se utiliza la habilidad de atención dividida cada vez que debemos producir un rendimiento en dos actividades simultáneas. Por ejemplo, cuando escuchamos al maestro y tomamos nota: atendemos y escribimos.

La idea central del entrenamiento atencional es que se realizarán intervenciones directas sobre cada uno de los procesos específicos mencionados, para ofrecer oportunidades estructuradas de ejercitar y mejorar cada uno de los aspectos de la atención señalados (todos menos el primero). Los niños son involucrados en una serie de repetitiva de ejercicios que han sido diseñados para proveer oportunidad de practicar en tareas con un nivel creciente de demanda atencional. La repetida activación y estimulación de los sistemas cerebrales responsables de la atención, según se cree, facilitará los cambios en la capacidad cognitiva, la

cual presumiblemente refleja cambios en la actividad neuronal subyacente. Los efectos del entrenamiento atencional pueden ser medidos de diversas maneras: cambios en el rendimiento al ejecutar las tareas del entrenamiento, en cambios en pruebas psicométricas que midan la atención, etcétera.

Los autores trabajan sobre una serie de presupuestos:

La importancia de un modelo teórico (el expuesto brevemente con anterioridad). Enfatizan que en primer lugar asegura bases científicas para establecer jerarquías en los objetivos a ser abordados, también promueve un proceso terapéutico sistemático que organiza las actividades.

El abordaje debe estar jerárquicamente organizado: por ejemplo, se debe comenzar con ejercitación simple de atención selectiva para pacientes que presenten esta dificultad y a medida que el paciente se vuelve menos sensible a la distractibilidad, se pueden hacer más complejas las tareas, por ejemplo, incluyendo distractores sonoros.

La importancia de la repetición: Las tareas deben repetirse en formato de entrenamiento intensivo, hasta que el paciente pueda ejecutar bien las tareas de manera casi automática. Si la agenda de repetición no permite una adecuada cantidad de repeticiones se deben hacer arreglos para que esto acontezca en el hogar.

Utilización de medidas comparativas: La toma de decisiones durante el tratamiento puede requerir detener o modificar la forma de abordaje. Disponer de adecuados medios de observación del rendimiento puede ser útil en ese momento. Por ejemplo, si el paciente no mejora su rendimiento en pruebas atencionales a pesar del tratamiento. Puede ser adecuado llevar gráficas del rendimiento para ser compartidas con el paciente.

Facilitar la generalización: El hecho que el paciente desarrolle habilidades en la consulta no quiere decir que dispondrá de ellas en otros contextos o cuando ya no se encuentre realizando el tratamiento. Por consiguiente el terapeuta debería organizar actividades de ejecución posterior a la consulta y realizar un adecuado seguimiento. Las medidas últimas del éxito del tratamiento se verifican en el rendimiento en ámbitos estructurados, para nuestro caso, en la escuela y en el hogar. A continuación les ofreceré un listado de actividades que suelen utilizarse en cada una de las actividades.

o Preguntas y Respuestas

¿Podría Ejemplificar cómo son las actividades para una de estas formas de atención? Sí. Por ejemplo, para el caso de atención sostenida la siguiente es una lista de actividades:

- ☺ Prestar atención a lecciones grabadas o leídas en orden de dificultad.
- ☺ Ejercicios de prestar atención a determinados parágrafos/gráficos
- ☺ Ejercicios de oraciones.
- ☺ Ejercicios de invertir oraciones.
- ☺ Ejercicios de oraciones progresivas
- ☺ Ejercicios de secuencias numéricas ascendentes
- ☺ Ejercicios de secuencias numéricas descendentes
- ☺ Ejercicios de inversión de números
- ☺ Secuencias numéricas diferentes
- ☺ Computación mental

Veamos algunos ejemplos de tareas:

Tareas visuales basadas en unas tarjetas que forman parte de los materiales de trabajo:

a. Tarjetas a clasificar formando montículos por un hecho simple: color de la tarjeta, personas con o sin sombrero, sexo, grupo etario o por factores múltiples. Búsqueda de cosas en la casa, por ejemplo, de color rojo, flores, cosas en la pared o en el piso (hallar al menos dos).

b. Tarjetas en las que el paciente debe alertar cuando se cumple una condición (el terapeuta cartea): personas con pelo oscuro y lentes, personas con pelo rubio seguidas de una persona morena.

Tareas auditivas: El paciente escucha hasta que un determinado target aparece y entonces aprieta un botón. El paciente escucha una cinta y debe apretar el botón cada vez que escuche las siguientes palabras: rojo, perro, rojo o amarillo, palabras que empiezan con "M", cosas que se hallan en el cielo, letras en sentido ascendente (a, b, c...), números en sentido descendente (9, 8, 7...).

22 | Neurofeedback

El tratamiento con técnicas de neurofeedback no es nuevo y su utilidad está sujeta a controversias. En los EE.UU. se ha convertido, en una intervención popular. En la América Latina su uso es mínimo y reservado a grupos socio económicos altos ya que su implementación implica sesiones frecuentes, costosas y de resultado a largo plazo controvertido.

Los científicos saben desde hace muchos

años que el cerebro emite diversas ondas que revelan su actividad eléctrica y de hecho las mismas han sido registradas con los habituales métodos de electroencefalografía. Cuando examinan la actividad electroencefalográfica los científicos y los clínicos a menudo miran si la actividad se encuentra en una específica banda de frecuencia. La frecuencia hace referencia a un número de oscilaciones o ciclos dentro de un periodo de tiempo (por ejemplo, 4 ciclos por segundo).

Son particularmente útiles las ondas SMR (Sensory Motor Rhythm) de 12-14 hz que han sido halladas en diversas especies en el cortex sensorio motor. Este ritmo está vinculado a la inhibición de la actividad motora. Se lo ha denominado así por su localización en el cortex sensorio motor y también ha sido identificado en los seres humanos. También se demostró que podía ser incrementado a través de premios y castigos según responda el sujeto, hecho que fue previo a su posterior desarrollo como técnica de tratamiento de la epilepsia.

El entrenamiento por medio de neurofeedback permite que estas ondas cerebrales sean visualizadas en una computadora mientras ocurren, los profesionales que trabajan con neurofeedback creen que el entrenar a un niño con TDAH, asistido por una computadora para producir ondas que se asocian prioritariamente con un estado de relajación, de alerta y focalización y luego practicar esta habilidad durante una cantidad importante de horas, posibilita que aprenda a mantener ese estado en el momento que las demandas situacionales lo exijan. De tal manera, muchos síntomas del TDAH disminuirán. Hemos afirmado que se trata de un tratamiento controvertido, porque muchos investigadores no creen que estas aseveraciones hayan sido aprobadas de manera científica.

Esta línea de trabajo tiene un fundamento compartido en el estudio de ciertos pacientes con TDAH aunque no de todos. Los pacientes sin problemas atencionales cuando tratan de concentrarse o realizar una tarea cognitiva que requiere concentración, incrementan la aparición de ondas beta en ciertas partes del cerebro, un número significativo (aunque no todos) de niños con TDAH no presentan tal pauta y de hecho, puede haber un incremento de ondas Theta.

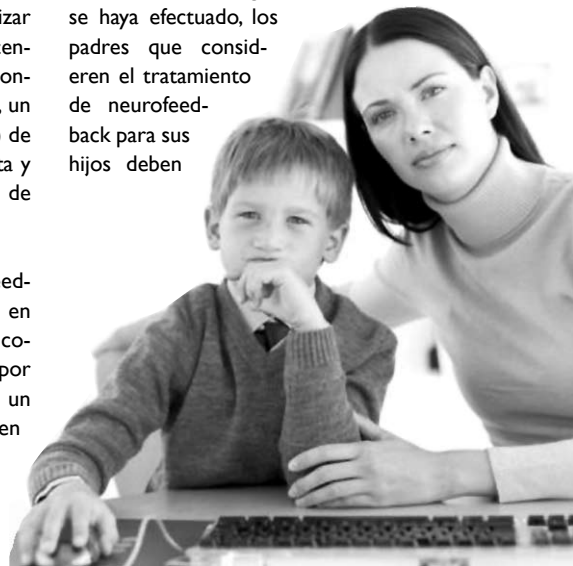
El primer estudio sistemático de biofeedback sobre la efectividad del mismo en niños hiperactivos que no cursaban en comorbilidad con epilepsia fue reportado por Lubar y Shouse en 1976. Se trató de un estudio de condicionamiento operante en

el que se premiaban las ondas de 12-14 hz y la inhibición de excesivas ondas de 4-7 hz. Los autores creyeron verificar que era más efectivo que el uso del metilfenidato. Al emerger reportes prometedores del tratamiento con neurofeedback, este pasó de ser una técnica experimental con base preliminar de investigación, a convertirse en un tratamiento que se proporcionó a un número cada vez mayor de niños. Muchos científicos que investigan el TDAH expresaron su inquietud con respecto a que el neurofeedback era un tratamiento caro y no probado que podía disuadir a los padres de seleccionar otros tratamientos apoyados por mayor evidencia empírica a su favor, como la medicación estimulante y la terapia de conducta. Estos científicos sostuvieron que la eficacia del neurofeedback no había sido demostrada concluyentemente, a través de estudios clínicos controlados cuidadosamente, y que los padres debían ser extremadamente cautelosos antes de seleccionar este tratamiento.

El futuro del neurofeedback

De muchas maneras, el debate de hoy en día sobre el neurofeedback no es diferente al de 10 a 15 años atrás. De un lado, hay evidencia de que los niños con TDAH que reciben el tratamiento con neurofeedback obtienen algunos beneficios de esa experiencia pero no ha sido demostrada concluyentemente de acuerdo a los estándares científicos de aceptación universal. Como un crítico (R. A. Barkley) recientemente señaló, la evidencia que existe hasta el momento no cumpliría con los estándares fijados por la FDA para clasificar al neurofeedback como una intervención médica para el TDAH.

La incertidumbre sobre la eficacia del neurofeedback continuará hasta que se efectúen estudios a gran escala que incluyan los controles experimentales necesarios. Mientras tal investigación no se haya efectuado, los padres que consideran el tratamiento de neurofeedback para sus hijos deben



ser conscientes de que a pesar de los resultados prometedores reportados, que hay otras intervenciones -tratamiento medicamentoso, terapia de conducta y ambos combinados-, cuya eficacia ha sido claramente demostrada en numerosos estudios cuidadosamente controlados.

o Preguntas y Respuestas

¿Cómo evaluar los tratamientos disponibles?

En realidad hay que exigir el rigor científico de estudios controlados, realizados por investigadores reconocidos que publican en revistas prestigiosas, que informan su metodología diagnóstica y sus procedimientos para que otros investigadores puedan revisar sus datos, confirmarlos o refutarlos.

23 | Terapias alternativas

Distintas técnicas no médicas controversiales

El Dr. Ayers desarrolló el Sensory Integration Training (SI), que se basa en la teoría de que el cerebro de un niño con TDAH se encuentra sobrecargado sensorialmente, recibiendo mensajes en forma excesiva y es incapaz de integrar esa información y darle sentido de manera apropiada. El entrenamiento de integración sensorial (SI) es utilizado también para tratar los problemas de coordinación motora que acompañan al TDAH. Aunque se han observado mejoras temporarias iniciales con este método en

lo comportamental, no ha ocurrido lo mismo en la esfera atencional.

El entrenamiento de integración auditiva desarrollado por Alfred Tomatis ha recibido alguna difusión. Un estudio ha mostrado que su uso permite un mejor rendimiento en matemáticas, al menos en un grupo determinado de niños. No ha sido sometido a estudios científicos lo suficientemente serios como para que se lo pueda recomendar.

El entrenamiento con metrónomo interactivo computarizado ha mostrado alguna utilidad. Merece estudios más prolongados, aunque los primeros resultados, basados en la idea de que la programación del acto motor se vincula con el déficit de control inhibitorio, fueron positivos.

Alimentos y dietas

No es satisfactoria la evidencia de que algunos alimentos producen hiperactividad, por consiguiente, también es controvertido el uso de las dietas que restringen estos alimentos como parte del tratamiento. La eliminación de los alimentos ricos en salicilatos tales como almendras, pepinos, tomates, frutillas, manzanas, naranjas, etcétera. O bien, preservativos, colorantes y sabores artificiales habituales en los alimentos no han producido resultados terapéuticos significativos.

No obstante, podría ser que una muy pequeña proporción de niños, por razones idiosincrásicas, presenten perturbaciones

en su comportamiento a punto de partir de la ingesta de ciertos alimentos y/o colorantes.

Terapia Vitamínicas y ortomoleculares

La creencia que el metabolismo de ciertas vitaminas y minerales pueden ser causantes de síntomas compatibles con el TDAH y con Trastornos de Aprendizaje, ha llevado al desarrollo de tratamiento con vitaminas y minerales: Terapia Megavitamínica y Terapia Ortomolecular. Sin embargo, ni la Academia Americana de Psiquiatría ni la Academia Americana de Pediatría han logrado encontrar suficiente sustento en esas afirmaciones como para recomendar tales tratamientos a sus adherentes.

Obviamente, los experimentos con el suministro de vitaminas hidrosolubles (niacinamida, piridoxina, ácido ascórbico y pantoato de calcio) han corrido idéntica suerte.

Omega 3 EPA (eicosapentaenoic acid) y DHA (docosahexaenoic acid)

Considerable evidencia clínica apoya la idea de que deficiencias en el balance de ciertos ácidos grasos no saturados pueden contribuir de alguna manera al tratamiento del TDAH, la dislexia, la dispraxia y trastornos del espectro autista. La evidencia definitiva vendrá solamente de estudios de tratamiento distribuidos al azar y controlados con grupo control y con placebo a doble ciego.

Los estudios actuales continúan solamente un número pequeño de pacientes, en general sobre pacientes con TDAH aunque hay en curso estudios con dispraxicos y pacientes de espectro autista. El uso de suplementos de omega 3 no es una práctica médica aceptada y se deberá esperar la realización de estos estudios (Richardson, 2004).

o Preguntas y Respuestas

¿Debemos intentar estos procedimientos? La verdad es que en la mayoría de los casos la respuesta es: NO.

En general son procedimientos costosos, no verificados científicamente y se corre el riesgo de perder tiempo valioso, cuando existen otros tratamientos mejor probados y estudiados.



Introducción general al problema de los medicamentos

por Lic. Rubén O. Scandar - Dr. Javier Adi - Dr. Claudio Jehín

24 | Tratamientos Farmacológicos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Aspectos generales

El siguiente es un ejercicio. Le pedimos que no se adelante y lo lea con detenimiento.

Antes de comenzar a tomar XXXXXXXX:

- ☺ Informe a su doctor y a su farmacéutico si usted es alérgico a las XXXXXXXX, otros medicamentos para el dolor o la artritis (por ejemplo, ibuprofeno), tartrazina (colorante) o a otros medicamentos.
- ☺ Informe e a su médico qué medicamentos con y sin prescripción está tomando, especialmente acetazolamida; anticoagulantes como warfarina; corticosteroides como cortisona, dexametasona, hidrocortisona o prednisona; medicamentos para la diabetes, la gota o la hipertensión; metotrexato; nizatidina; ácido valproico (Depakene, y vitaminas).
- ☺ Informe a su médico si tiene o alguna vez ha tenido anemia, diabetes, hemofilia u otro tipo de problemas relacionados con hemorragias, antecedentes de úlceras, asma, problemas al riñón o al hígado, gota, enfermedad de Hodgkin, o antecedentes de pólipos nasales.
- ☺ Informe a su médico si está embarazada, si tiene planes de quedar embarazada o si está amamantando. Si queda embarazada mientras toma este medicamento, llame a su doctor de inmediato. La XXXXXXXXXX y los salicilatos de otro tipo no deben tomarse durante los 3 últimos meses del embarazo o durante el período de lactancia materna.
- ☺ En el caso de someterse a alguna cirugía, incluyendo las dentales, dígame al doctor o dentista que usted está tomando XXXXXXXXXX. Su doctor puede indicarle que deje de tomar XXXXXXXXXX 1 semana antes de la cirugía.
- ☺ Si usted toma 3 o más bebidas alcohólicas todos los días, pregúntele a su doctor si usted puede tomar XXXXXXXXXX. Usted no debe tomar bebidas alcohólicas.

Preste atención a los siguientes efectos colaterales y consulte a su médico:

- ☺ Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse:
 - ☺ malestar estomacal
 - ☺ vómitos
 - ☺ dolor de estómago

Si usted experimenta alguno de los siguientes síntomas, llame a su doctor de inmediato:

- ☺ pitido en los oídos
- ☺ pérdida de la audición
- ☺ heces con sangre o negras
- ☺ resoplo (respiración con un silbido inusual)
- ☺ dificultad para respirar
- ☺ mareos
- ☺ confusión
- ☺ somnolencia (sueño)
- ☺ sarpullido (erupciones en la piel)

¿Quién habría de sospechar que esta droga fuera simplemente del ácido acetil-salicílico? La conocida Aspirina ¿Quién no lo ha dado a su hijo sin consultar una cuando el niño dice que nos duele la cabeza? ¿Quién no le ha ofrecido una a un amigo?

Esta introducción no tiene como objetivo más que ejemplificar que no hay manera de medicar a nadie sin poner en la balanza costos y beneficios. Además, aún en un caso tan simple y cotidiano como el mencionado, es apropiado recurrir al médico y por el otro, que la lectura atenta de los prospectos puede poner nervioso aún a la persona de temperamento más tranquilo ¿Porqué? Simplemente, porque el laboratorio incluye todas las posibles contraindicaciones y porque los lectores no tenemos la información suficiente como para valorar de manera apropiada cuando estos comentarios se aplican de un modo u otro al hijo.

Efectivamente, no hay más alternativa que confiar en el médico tratante, en mantener con él un diálogo profundo que responda a todas las dudas que los padres tienen y eventualmente, consultar con otros profesionales médicos reconocidos en el campo.



Los padres no deberían:

- ☺ Buscar información en Internet sobre medicación usando simplemente los buscadores: vaya a las páginas que están respaldadas por asociaciones científicas (puede ir a TDAH en la Web). Existe información confusa y, malintencionada que responde a intereses oscuros: grupos económicos interesados en vender drogas o remedios “naturales”, tratamientos que no tienen ninguna eficacia comprobada e incluso, etc.
- ☺ Consultar a personas que no tienen conocimientos médicos o científicos específicos en el tema: maestros, empelados de farmacia, vecinos, otros padres, etc.
- ☺ Modificar, sin consulta con el profesional tratante, la forma de administración de la droga en cuanto a horarios, forma de administración o, dosis, etcétera.
- ☺ Iniciar el tratamiento farmacológico sin tener un procedimiento riguroso para monitorear los progresos y los efectos colaterales posibles.

Fármacos disponibles

En el caso de seguir las indicaciones de Agencia de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos, solamente tenemos dos líneas básicas de tratamiento farmacológico, aprobadas para el TDAH (se indican los nombres genéricos de los fármacos disponibles en la República Argentina y países limítrofes):

- ☺ Estimulantes: Metilfenidato,
- ☺ Noradrenérgicos: Atomoxetina

Hay otras drogas, bien investigadas, aprobadas para otros usos que se han mostrado eficaces en el tratamiento del TDAH.

Por eso, es que le daremos un espacio, ya que en ocasiones, el médico tratante puede considerar válido su utilización:

- ☺ clonidina y guanfacina
- ☺ modafinilo (que está en trámite su aprobación para el TDAH)
- ☺ bupropion
- ☺ antidepresivos tricíclicos

25 | Tratamientos basados en Metilfenidato

Introducción

Han pasado ya 60 años de meticulosa observación que permiten afirmar que ciertas drogas reducen los síntomas nucleares de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Los estimulantes se encuentran entre las drogas psicotrópicas más efectivas y seguras en uso actual en el campo de la neuropsiquiatría, especialmente en el caso del metilfenidato, que es por lo pronto, el estimulante al que se tiene acceso en el República Argentina y en la mayoría de los países del mundo.

Los efectos de la medicación estimulante sobre el comportamiento perturbador de niños hiperactivos fue descubierto durante la tercera década del Siglo XX, cuando de manera más o menos accidental, se verificó que la bencedrina reducía el nivel de actividad, mejoraba la obediencia en el aula y el rendimiento escolar en niños hiperactivos. El estudio de los efectos benéficos de corto plazo de la medicación estimulante sobre niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, constituye quizás el cuerpo científico más extenso y sólido de la literatura psiquiátrica.

En forma paralela al crecimiento de la certeza científica de que el uso del metilfenidato es beneficioso, también han crecido las controversias públicas por un lado y por el otro, quizás por el uso cada vez más masivo de los mismos para el tratamiento del TDAH.

Estas controversias han hecho mucho mal a la población afectada y poco bien. Mucho mal porque han impedido o dificultado que muchas personas reciban el tratamiento que más los hubiera ayudado y han agregado una fuente de estrés innecesaria a los padres e incluso a los niños.

Indicaciones

La indicación del metilfenidato en general comienza cuando el profesional ha llegado

al convencimiento que un paciente (niño, adolescente o adulto) presenta no solamente los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ver los requisitos de diagnósticos en la segunda parte de este libro) sino que también tiene un grado de desajuste significativo que no podrá ser afrontado con intervenciones psicosociales y educativas.

También se puede indicar el metilfenidato cuando el TDAH cursa en comorbilidad, es decir, de manera conjunta con el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno de Conducta, Trastornos de Ansiedad y Trastornos Específicos de Aprendizaje, pero siempre con el objetivo de atender a los síntomas centrales del TDAH.

Un problema que no está adecuadamente resuelto es cuál es el umbral mínimo a partir del cual debe ser medicado un paciente. Es decir, una vez que el diagnóstico se ha hecho y no hay duda al respecto, cuál es el grado de desajuste que justifica utilizar un fármaco y no intentar manejar el caso por medios psicosociales y educativos. El médico deberá medir por un lado el desajuste en términos de problemas académicos, sociales y emocionales y por el otro, los recursos institucionales, sociales y familiares antes de tomar una decisión.

Este problema no ha sido evaluado profundamente, justamente porque el metilfenidato tiene una relación costo (efectos colaterales e indeseables) beneficio (efectos terapéuticos comprobados) tan buena, que no se ha atendido a este problema de manera más profunda, dejando al médico actuar de acuerdo a su criterio establecer si es necesario o no el abordaje farmacológico.

¡ IMPORTANTE !
No olvide que:

La prescripción de un fármaco, en el caso de un paciente con TDAH, no es de carácter obligatorio. En el caso de los niños, los padres tienen la responsabilidad final.

El profesional deberá considerar la severidad de los síntomas y el desajuste resultante en la vida del paciente en términos académicos, ocupacionales, sociales y de funcionamiento familiar. Obviamente, solamente se deben considerar medicables aquellos que presenten desajustes moderados o severos en dos contextos relevantes de su vida.

Un niño con TDAH predominantemente desatento con severos problemas académicos que afecten su desempeño en la escuela y durante la realización de las tareas en el hogar, por ejemplo, debería ser considerado para tratamiento farmacológico aún cuando su relación social y familiar no se encuentre afectada.

En todo caso, la decisión debe tomarse con un debido conocimiento del funcionamiento del niño en los distintos contextos, si no se puede tener contacto directo con los maestros del niño es importante que ellos establezcan por medio de escalas una línea de base.

Obviamente, no se podrá establecer un tratamiento adecuado si el niño no vive en un contexto familiar que no pueda hacerse responsable de administrar la medicación de manera apropiada y si las tomas a ser realizadas en la escuela no pueden ser supervisadas de la misma manera.

El tratamiento debe acompañarse de psicoeducación, entrenamiento parental y las necesarias intervenciones psicosociales.

Un niño con TDAH y Trastorno Disocial de conducta debería ser considerado para tratamiento con metilfenidato (u otro fármaco aprobado para el TDAH) solamente si los síntomas de TDAH causan moderado o severo desajuste en al menos dos contextos estructurados diferente. El profesional siempre debería verificar en el caso de adolescentes y adultos que el paciente no se encuentre utilizando drogas no prescritas.

Efectos fisiológicos de los estimulantes en los pacientes con TDAH

Estas drogas son eficaces y seguras bajo supervisión médica especializada. Se las denomina "psicoestimulantes":

*"... por su capacidad para incrementar el Arousal o alerta del SNC. Dada la similitud estructural con determinados neurotransmisores cerebrales, son considerados compuestos simpatomiméticos"*¹

En el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se utilizan básicamente tres tipos de drogas psicoestimulantes cuyos datos básicos se encuentran en las Tablas siguientes.

La importancia de los psicoestimulantes radica en que:

"... incrementan los mecanismos excitatorios del cerebro, a la vez que aumentan aquellos mecanismos responsables por la inhibición. Esto probablemente resulta en un mejora-

¹ Barkley, R. A. "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder." Guilford Press. New York, 1990. Dentro de este mismo capítulo se explica el concepto de drogas simpatomiméticas.

² Véase referencia bibliográfica de la nota anterior.

miento en la concentración, la coordinación motora, el control de los impulsos...”²

Los estimulantes se administran normalmente por vía oral en forma de comprimidos. Una vez ingeridos alcanzan su máximo efecto sobre el comportamiento del niño entre la primera y segunda hora después de la toma del fármaco y el mismo se mantiene por un período corto que no supera, normalmente, las 5 horas en los casos, las administraciones tradicionales, como veremos existen posologías de duración prolongada, que trataremos por separado.

Nociones sobre farmacología de los estimulantes

Se han desarrollado varias teorías sobre la patofisiología del TDAH, la mayoría de ellas involucrando problemas en el funcionamiento del lóbulo frontal. Las teorías más recientes se centran en una disfunción del cortex prefrontal, el cual controla las funciones ejecutivas (por ejemplo, planeamiento, control de los impulsos) que están claramente desajustadas en los niños con TDAH. Los estimulantes utilizados en el tratamiento del TDAH tienen efectos sobre las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas, que son cruciales en el funcionamiento del cortex prefrontal. Esto puede mejorar el funcionamiento de los procesos ejecutivos del cortex prefrontal, mejorando los déficit de control inhibitorio y de memoria de trabajo reportado en los niños con TDAH.

La farmacocinética de los estimulantes está caracterizada por su rápida absorción, baja ligación a las proteínas en plasma y rápido metabolismo extracelular. Múltiples dosis son requeridas para mantener el mejoramiento comportamental durante la escuela, actividades recreacionales o la ejecución de las tareas escolares en el hogar. La absorción y la biodisponibilidad de la droga pueden incrementarse después de las comidas.

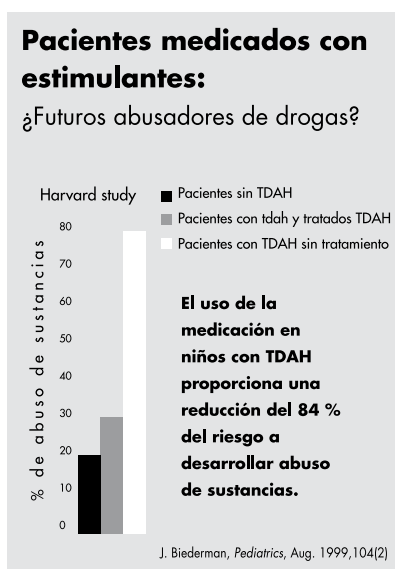
Los estimulantes son absorbidos rápidamente del intestino y los efectos sobre el comportamiento ya aparecen durante la absorción en torno de los primeros 30 minutos posteriores a la ingestión, alcanzan un pico entorno de los 60 minutos y se mantienen por 4 ó 6 horas. La vida media de la droga a nivel plasmático es de 3 horas para el Metilfenidato.

Los efectos de la medicación estimulante sobre los síntomas del TDAH están concentrados dentro de la más temprana parte de la fase de absorción. La tasa de absorción de los estimulantes es veloz y obtienen de manera rápida un pico alto

de concentración plasmática. El pulso de las monoaminas (principalmente la dopamina) en el espacio intersináptico durante el periodo de rápida concentración de los estimulantes cambia.

En general, existe poca o ninguna evidencia de que los pacientes desarrollen tolerancia a los estimulantes que sea visible en los síntomas del TDAH y por ende, usualmente, no es necesario incrementar la dosis para obtener los mismos cambios. Los niños continúan respondiendo a la misma dosis de medicación estimulante.

Los padres siempre muestran preocupación sobre el hecho de si el tratamiento con Metilfenidato durante períodos prolongados podría predisponer a los niños con TDAH al abuso de cocaína y nicotina. El siguiente cuadro, basado en una investigación prolongada y seria muestra que el uso del metilfenidato puede incluso ser protector, es decir, disminuir la posibilidad de que un niño con TDAH desarrolle adicciones legales (nicotina) o ilegales (cocaína).



Efectos sobre los procesos cognitivos y el rendimiento escolar de los estimulantes en pacientes con TDAH

Es un campo de investigación afortunadamente muy bien cubierto desde sus inicios, en 1937. Los hallazgos a lo largo del tiempo muestran claramente una mejoría en:

- ☺ La capacidad atencional. Produce un mejoramiento del perfil atento del niño, medido desde el punto de vista de la distractibilidad como desde la perspectiva de las tareas de vigilancia.
- ☺ Estos estudios acreditan que el niño incrementa su tiempo de atención, tiene un mejor control sobre los posibles dis-

tractores y regula mejor su respuesta a los estímulos en la situación de aprendizaje.

- ☺ La capacidad mnémica, en especial la denominada memoria de corto plazo se ve beneficiada directamente por los fenómenos puntualizados en el punto anterior y en el siguiente.
- ☺ La demora en la respuesta al estímulo permite un mejor proceso de simbolización y por consiguiente una mejor fijación en la memoria de corto plazo o memoria de trabajo. Este resultado tendrá repercusiones en el desempeño ortográfico y aritmético.
- ☺ La psicomotricidad en general. Sin embargo, está mejor estudiado y medido el cambio de desempeño en las actividades de psicomotricidad fina. Visible en el mejoramiento en las habilidades gráficas, en el dibujo y en la escritura.
- ☺ Los psicólogos, pedagogos y maestros están familiarizados con los clásicos test de Frostigg, Bender y Rey-Osterrieth, en las tres pruebas es visible la mejora en los patrones visomotores por medio de la acción de la medicación psicoestimulante.
- ☺ Mejoramiento del rendimiento matemático en el área de cálculos y en la resolución de problemas.
- ☺ Normalmente, los niños con TDAH no presentan claras discalculias, pero sí una tasa de errores alta debida en general a tres factores: a. falta de atención; b. déficit en la memoria de trabajo; y c. el bajo perfil motivacional del niño que unida a su baja tolerancia a la frustración produce niveles de ejercitación inapropiados. La medicación psicoestimulante parece actuar benéficamente en estas tres áreas.
- ☺ Mejoramiento en el rendimiento en los tests generales de inteligencia, en especial aquellos que miden el razonamiento no verbal.
- ☺ El promedio evaluado, es que la medicación logra una mejoría de 10 puntos en el coeficiente intelectual, con un fuerte incremento en aquellas pruebas que más caen en los niños con trastornos de la atención. Véase en el Capítulo 15, al discutir las técnicas de evaluación, los comentarios sobre el Wechsler.
- ☺ Mejoramiento en el comportamiento lector, en la comprensión lectora y disminución de errores ortográficos.
- ☺ Muchos niños con TDAH tienen una disminución en la comprensión lectora, no compatible con un verdadero trastorno de aprendizaje sino, vinculada con la denominada memoria de trabajo o de corto plazo. Quizás este vínculo entre comportamiento lector y memoria de

corto plazo explique las mejorías que se observan en todos los estudios.

- ☺ Con respecto a la temática del Rendimiento Académico los estudios muestran que los niños con TDAH mejoran con el uso de estimulantes en el corto plazo.

Sin embargo el mejoramiento de las funciones neurofisiológicas no va a producir un desarrollo totalmente automático de habilidades largamente deficitarias en el niño, por lo cual un buen número de niños deberán recibir además terapias cognitivas y comportamentales con la finalidad de obtener mejorías en el campo de las estrategias cognitivas, en la resolución de problemas, en el control del enojo y la frustración.

Efectos de los estimulantes sobre el comportamiento, el humor y la emotividad de los pacientes con TDAH

En la esfera comportamental, del humor y la emotividad de los pacientes con TDAH se han verificado mejorías en:

- ☺ La capacidad del niño para permanecer tranquilo: disminución de niveles de actividad motora, en especial en situaciones estructuradas. Por ejemplo, en el aula, al grado de que desarrollan pautas comportamentales similares a sus compañeros de clase. Pero no les impide tener un adecuado comportamiento en juegos o deportes.
- ☺ El control de los impulsos, la tolerancia a la frustración y disminución de la agresividad y las explosiones de rabia y furia.
- ☺ Como se observa este segundo ítem es muy amplio y abarca la amplia gama de síntomas que pueden acompañar al comportamiento impulsivo. El primer aspecto evaluado es el mejoramiento y por ende, aumento en el tiempo de respuesta, es decir que el niño frente a un estímulo demora la respuesta preeminente y evalúa alternativas. El segundo aspecto en que se observa mejoría es la frecuencia con que el niño es capaz de insistir en realizar una tarea cuyos resultados iniciales no fueron exitosos y cuánto tarda en fastidiarse. El tercer aspecto de mejoría está muy relacionado con los anteriores, es la frecuencia en que el niño con TDAH (en especial, los del subtipo agresivo), responden en forma violenta (física o verbalmente) como primera respuesta en una situación conflictiva. Y el cuarto aspecto se vincula con las explosiones de rabia, ya sea en forma de rabietas o de claras ex-

plosiones de mal humor.

- ☺ Visto el tema desde una óptica comportamental, observaremos dos repercusiones importantes del mejoramiento en la capacidad de mejorar su desempeño psicomotor: a. disminución de accidentes y conflictos debidos a su comportamiento "atolondrado" y b. mejor integración social debido a la disminución de la inhabilidad deportiva que muchos de estos niños presentan.
- ☺ El comportamiento en la escuela y en la casa, desde la perspectiva de una mejor obediencia y seguimiento del comportamiento reglado.
- ☺ Disminución del comportamiento antisocial. La interacción social y la relación con sus pares.
- ☺ Mejoramiento de la integración social por disminución de la impulsividad, la intolerancia a la frustración, etc.
- ☺ En el humor, mejorando su estabilidad y eventualmente mejorando el estado de ánimo, si prevalecían síntomas depresivos.

Efectos colaterales y/o secundarios y su manejo

Casi todos los efectos secundarios reportados en niños y adolescentes con TDAH

tratados con medicación estimulante se presentan brevemente y responden a modificaciones en la dosis o ajustes en los horarios de la administración de la dosis. Los efectos secundarios moderados son comunes, pero los severos son realmente infrecuentes y de corta duración si la dosis se reduce o si se discontinua la medicación. Severos trastornos de movimientos involuntarios (tics), rumiación obsesivo-compulsiva o síntomas psicóticos son muy raros y desaparecen cuando la medicación es discontinuada. En estudios controlados con el uso de placebos y estimulantes, los padres reportaron solamente siete efectos secundarios ocurriendo más frecuentemente con los estimulantes que con los placebos:

- ☺ demora en la hora de dormir,
- ☺ reducción de apetito, pérdida de peso,
- ☺ tics,
- ☺ dolor de estómago,
- ☺ dolor de cabeza y temblores.

Una cuidadosa disminución de la dosis, cambios en los horarios de administración pueden aliviar los efectos secundarios. Cuando el insomnio o la pérdida de apetito ocurre pero la medicación estimulante es altamente efectiva en la reducción de los síntomas nucleares del TDAH, una variedad

Efectos colaterales de los Estimulantes y recomendaciones para su manejo	
Efecto colateral	Recomendaciones al respecto
Insomnio	La problemática del insomnio relacionado con los psicoestimulantes suele manejarse exitosamente cambiando los horarios de administración del mismo, de forma tal que los niveles plasmáticos de la droga sean bajos a la hora en que el niño debe comenzar su descanso nocturno. En este sentido, se suele establecer una última toma entre las 17 y 18 horas. Obviamente, también se puede disminuir la dosis.
Efecto anoréxico y/o pérdida de apetito	Una forma de manejar la pérdida de apetito es administrar la droga después de las comidas e incluso permitir la ingesta de algún alimento extra después de la cena si el niño tiene apetito en forma nocturna.
Dolores de estómago	Los dolores de estómago y las náuseas en la medida en que no sean muy intensos pueden manejarse con antiácidos o modificando la forma de administración de la droga. Los preparados de liberación prolongada tienen un perfil más benigno desde este aspecto.
Efecto rebote	En la medida que los niveles plasmáticos de las drogas psicoestimulantes disminuyen hasta una base no terapéutica puede observarse el denominado efecto rebote en ciertos niños. En estos casos, el niño se vuelve irritable, enojoso e hiperactivo en forma tanto motriz como verbal. Este efecto es menos común en las versiones de efecto prolongado. La forma recomendada de manejar esta problemática es la de agregar una dosis muy pequeña con el fin de hacer que los niveles de la droga en sangre disminuyan más lentamente.
Tics	Otra complicación frecuente es el incremento de los tics, en los niños con antecedentes de trastornos de tics permanentes, transitorios y/o el Síndrome de Gilles de la Tourette, pero no se ha comprobado que se incremente significativamente la aparición de los tics en niños sin esos antecedentes. De todas maneras, cuando un niño con Síndrome de Gilles de la Tourette, tiene TDAH en comorbilidad, lo que ocurre en el 50% de los casos, el uso del metilfenidato no debe descartarse automáticamente ya que se ha comprobado su eficacia en reducir la hiperactividad, el comportamiento perturbador del niño en la clase, las agresiones físicas en las áreas menos estructuradas de la escuela en estos niños y que sólo un porcentaje pequeño de ellos presentó complicaciones.

de tácticas están disponibles para disminuir los efectos secundarios. El sobre enfoque, excesivo ensueño diurno, irritabilidad, ansiedad y comerse las uñas son efectos secundarios que típicamente responden bien a una disminución de la dosis y representan en realidad síntomas pre-existentes más que efectos secundarios.

Toxicología

El Insitituto Nacional de Salud (EE.UU.) en Consensus Development Conference de 1998 emitió la advertencia que dosis extremadamente altas de estimulantes podrían ser causa de daños en el sistema nervioso central, daños cardiovasculares e hipertensión. Dosis 50 veces superiores a las dosis únicas utilizadas en niños han producido efectos severos, como los encontrados en los trabajadores de una fábrica japonesa que tomaron grandes dosis de anfetamina para trabajar periodos de tiempo prolongados en el Japón de la post-guerra. Estos efectos reflejan por lejos más las condiciones de una intoxicación severa por sobre dosis que lo que podría hallarse en la práctica cotidiana. Alucinaciones paranoides han sido producida en adultos humanos que participaron en estudios de manera voluntaria, por una dosis simple de 300 mg de anfetamina.

Estos datos deberían ser bastante tranquilizadores para los padres ya que las dosis que se utilizan son notablemente inferiores a las requeridas en estos experimentos para observar toxicidad.

Revisión sobre complicaciones y efectos colaterales

Los efectos secundarios reportados en niño con TDAH por el uso de estimulantes parecen ser suaves y de corta duración por un lado, y responder a cambios en la dosis o en el ajuste de los horarios de administración. Las reacciones adversas usualmente ocurren durante la etapa más temprana del tratamiento y a menudo disminuyen al ajustarse la dosis.

Estudios doble ciego con grupo de control placebo, reportan efectos adversos moderados entre el 4% - 10% de los niños tratados. Demora en el horario de dormir, reducción de apetito, dolor de cabeza, dolor de estómago y temblores son los más frecuentemente citados.

No se ha reportado toxicidad hepática en niños tratados en forma crónica con metilfenidato.

El mirar fijo, ensueño diurno, irritabilidad,

ansiedad o comerse las uñas pueden incrementarse con medicación estimulante.

Informes no consistentes se han hecho de efectos rebote, tics motores, pellizcos compulsivos en la piel o la nariz, constricción emocional o cognitiva. Estos efectos indeseables siempre se han vinculado con la magnitud de la dosis.

Ha sido evidenciada cierta preocupación acerca de demoras en el crecimiento y pequeñas pérdidas de peso han sido informadas durante los estudios de corto plazo, pero los estudios prospectivos y de seguimiento en la vida adulta han revelado que no existe un desajuste significativo en la altura. Por otro lado, la demora en la taza de crecimiento atribuida a la medicación puede ser un artefacto asociado con el trastorno. De todas maneras, los niños del MTA Study, cuando han sido tratados de manera crónica con estimulantes demostraron un significativo decrecimiento en las tasas de adquisición de peso. Esto en buena parte se debe a que se sigue un tratamiento farmacológico durante los 7 días de la semana. Los problemas con el peso pueden ser fácilmente manejados y difícilmente puedan llevar a una interrupción del tratamiento. Con una estimación de 3.000.000. de niños y adolescentes en los EE.UU: tomando estimulantes diariamente, la ocurrencia de efectos secundarios serios en niños y adolescentes está en un rango tal que podrían considerarse muy raros (1/10.000). El pequeño número de incidentes hace difícil determinar si estos efectos adversos están relacionados con la administración crónica de estimulantes en niños. Si existiera tal relación, muchos más casos deberían haberse presentado con una tasa de prescripciones tan alta.

Dosis y formas de administración

La dosis inicial del metilfenidato es usualmente de 5 mg, ingerida después del desayuno (en particular si el desayuno es abundante) y posteriormente se va aumentando semanalmente hasta llegar a un máximo estimado de 2 mg diario por kilogramo. No obstante, no existe un criterio estricto que una peso con miligramos de droga, el profesional deberá ir subiendo la dosis de 5mg hasta un máximo de 20 o 25 mg según la respuesta terapéutica, sin embargo, es extraño que se llegue a las dosis

máximas tanto en el caso de niños, adolescentes o adultos.

Se recomienda llevar un escrutinio de los cambios cognitivos y comportamentales del niño, más o menos formal, tomando en cuenta la opinión de padres y docentes.

Las preparaciones estándar del metilfenidato tiene una vida media plasmática breve de 2 a 6 horas, alcanzando un nivel máximo de concentración plasmática entre la 2 y la 3ra. Estos datos deben tomarse con cautela porque varían según el paciente y la situación (por ejemplo, la alimentación). No obstante, deberíamos esperar que una dosis de liberación inmediata haga efecto por un espacio de 3 a 5 horas y se tiene que verificar una respuesta robusta después de una hora con veinte minutos.

Hasta hace poco tiempo la tendencia predominante era mantener medicado al niño durante los periodos del día y del año en que era imprescindible obtener un mejoramiento del perfil atencional. Este criterio va siendo desplazado, parcialmente, por uno en que se tiende a cubrir gran parte del día y todo el año, a fin de mejorar totalmente



la calidad de vida del paciente y no solamente, frente a las exigencias escolares.

Interacciones farmacológicas

No deben asociarse los psicoestimulantes a los Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa (IMAO). El metilfenidato puede inhibir los efectos de ciertos anticoagulantes, anticonvulsivantes, y antidepresivos tricíclicos (imipramina, desimipramina). Las dosis recomendadas para estos fármacos deben ajustarse cuando se administren en forma conjunta con estos estimulantes.

Contraindicaciones

Algunas contraindicaciones son más importantes que otras. Ahora les pediría que recuerden el inicio de esta parte, en la que hicimos un ejercicio con la "aspirina". Me gustaría agregar, que no quise utilizar otros posibles ejemplos de remedios que normalmente se administran a niños muy tranquilamente, porque me pareció que ya podría ser de mal gusto.

Para los psicoestimulantes la mayoría de las contraindicaciones son problemas mínimos, por otro lado, el prospecto no incluye cuadros psicóticos que sí es una contraindicación prácticamente absoluta. Por ende, la información contenida en los prospectos no es una orientación segura en la práctica clínica para los profesionales. Las contraindicaciones más relevantes para la práctica serán tratadas a continuación.



Las contraindicaciones al uso de estimulantes en la práctica clínica incluyen:

- ☺ Sensibilidad previamente conocida a la medicación estimulante,
- ☺ Glaucoma (existen sugerencias que la medicación simpatomimética o vasoconstrictora, entre ellos, los estimulantes, pueden incrementar la presión intraocular),
- ☺ Enfermedad cardiovascular sintomática
- ☺ Hipertiroidismo e hipertensión.
- ☺ El uso concomitante de estimulantes con (inhibidores de la mono amino oxidasa) IMAO también está contraindicado ya que puede resultar en severos cuadros de hipertensión y en forma subsiguiente, existe el riesgo de accidente cerebro vascular.
- ☺ En pacientes con esquizofrenia, por ende la contraindicación es absoluta para todo

paciente que tenga un diagnóstico en el Eje I del DSM-IV de esquizofrenia, psicosis NOS o episodios maníacos con psicosis.

- ☺ Los psicoestimulantes deberían utilizarse con cuidado si el paciente presenta un historial de abuso de drogas. Los psicoestimulantes están contraindicados en pacientes con una historia de uso ilícito de estimulantes, a menos que el paciente se encuentre bajo tratamiento y un sitio controlado o que puede ser supervisado de manera estrecha.
- ☺ Si un miembro de la familia que comparte el hogar con el paciente tiene un historial de abuso de estimulantes, deberían tomarse los recaudos para asegurarse que la medicación prescrita no será sujeta a ninguna forma de mal uso. También está contraindicado su uso combinado con cualquier IMAO (NE) por las razones ya señaladas y no debería administrarse a ningún paciente en el curso de un episodio psicótico (NE) o con un diagnóstico en el eje I de esquizofrenia, etc (ver comentario previo).

La FDA (Food and Drug Administración en los EE.UU.) ha hecho insertar advertencias de otras contraindicaciones tales como tics motores, ansiedad marcada y un historial familiar o diagnóstico de Síndrome de Tourette. De todas formas, la literatura científica reciente de estudios controlados revela que estas condiciones pueden no incrementar los tics ni empeorar por la medicación estimulante, aunque siempre puede ser útil evitar estas complicaciones de ser necesario si el niño responde bien a la atomoxetina (siempre y cuando el niño tenga más de 6 años), el modafinilo, la guanfacina o la clonidina. Aunque hay otras opciones farmacológicas disponibles no son tan aconsejables en niños pequeños pero más aptas en casos de adolescentes y adultos.

En el caso del Metilfenidato también se efectúa la advertencia de que puede disminuir el umbral en pacientes epilépticos y por ello se ha aconsejado iniciar el tratamiento con psicoestimulantes en pacientes epilépticos una vez que éstos hayan sido normalizados con medicación anticonvulsivante. Se trata de casos de usos de altas dosis de Metilfenidato en adultos. Los estudios publicados señalan que no hay un incremento en la frecuencia de convulsiones de pacientes epilépticos tratados cuando se agrega el metilfenidato.

En los casos de depresión los estimulantes pueden producir disforia en pacientes vulnerables. Por ejemplo, en niños deprimidos que además tenían TDAH al ser tratados con estimulantes se ha reportado que están más hipersensibles, que lloran con

mayor frecuencia y que se han incrementado los berrinches cuando la medicación se disipa. Los profesionales deberían ser cautos en la prescripción de estimulantes a pacientes con inestabilidad en el humor que usualmente se expresa por cambios frecuentes e intensos de humor e irritabilidad de intensidad relevante y duración prolongada.

Algunos pacientes con TDAH que presentan síntomas depresivos mejoran de su depresión secundaria cuando sus problemas académicos, comportamentales y sociales son mejorados por la medicación estimulante. Por ende, no es una contraindicación Tampoco es una contraindicación la presencia de cuadros de ansiedad, estos pueden mejorar con el Metilfenidato en la medida en que mejora el ajuste general del niño. También se ha alertado sobre el uso de la medicación en niños menores de 6 años, aunque hay una serie importante de estudios publicados que muestran que el Metilfenidato es efectivo en niños menores de 6 años, aunque se acepta que los efectos secundarios pueden ser siempre un poco más altos en niños menores de 6 años.

Efecto de los estimulantes sobre los trastornos comórbidos

Los dos tercios de los niños con TDAH presentan uno o más trastornos comórbidos tales como el Trastorno Negativista Desafiante, principalmente, y Trastorno de Conducta o Trastornos de Ansiedad. Los síntomas comórbidos pueden alterar la respuesta a los estimulantes. Se ha informado que niños con TDAH y trastornos de ansiedad en comorbidad tienen con Metilfenidato respuestas superiores a los a los placebos, una mayor incidencia de efectos colaterales y menor mejoría en los tests cognitivos mientras son tratados con Metilfenidato.

Estudios controlados más recientes han mostrado que el Trastorno de Ansiedad no tiene efectos moderadores cuando es tratado el TDAH. Los estudios controlados con niños que presentaban TDAH y síndrome de Tourette han mostrado un efecto variable en la pauta de presentación de los tics. En un estudio controlado sobre 84 niños con TDAH y trastorno de conducta en comorbilidad, la medición del comportamiento antisocial fue significativamente reducido por el tratamiento de Metilfenidato aún cuando se efectuó la substracción del efecto de la mejoría en la línea de base de los síntomas de TDAH.

Los estimulantes no precipitan el trastorno bipolar en la infancia en niños que lo pre-

sentan de manera comórbida con el TDAH y tampoco precipitan un trastorno bipolar o psicótico en pacientes que están bajo estabilizadores del estado de ánimo; ni los profundizan ni demoran en su presentación (Carlson G.A. et al., 2000).

o Preguntas y Respuestas

¿En el caso de los padres que no desean medicar a su hijo, qué posición deben tomar los profesionales?

Un niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que ha sido bien evaluado y convencido a los profesionales que se beneficiaría de la medicación en adición a los restantes tratamientos, normalmente no está en riesgo de vida; por consiguiente, los profesionales deberán hacer tres cosas: a. explicar a los padres los riesgos y beneficios de medicar al niño tanto como los riesgos y beneficios de no proceder con la medicación; b. asesorar a los padres de la manera más eficaz de monitorear la evolución para evitar que si la decisión de los padres no ha sido afortunada se minimicen las consecuencias negativas para el niño y c. respetar la decisión de los padres.

¿Si tuviera que elegir, sobre qué riesgo no listado en el prospecto de los estimulantes le gustaría alertar a los padres?

La respuesta puede ser sorprendente. Diría: "Mantengan la guardia alta, el principal problema de este remedio es que no



cura a su hijo, pero les puede hacer creer que los problemas se han solucionado".

En verdad, el metilfenidato es tan eficaz que produce un porcentaje de normalización tan alto que los padres pueden ver facilitado el auto engaño de creer que "todo está bien" y no poner en marcha todos los tratamientos que deben acompañar a la medicación.

26 | Estimulantes de efecto prolongado

La necesidad para drogas de efecto prolongado surge de una variedad de preocupaciones, a partir del hecho de que se ha evaluado como conveniente que el niño se encuentre bajo efectos de la medicación por más de 3/5 horas, llegando a 8/12 horas.

¿Por qué puede ser esto conveniente?

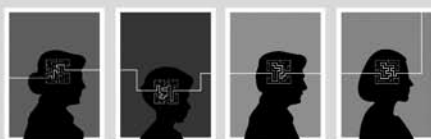
Muchos niños asisten a clase durante

periodos horarios extensos, otros porque aún cuando concurren a jornada escolar simple, pueden necesitarla con el fin de realizar las tareas. También es cierto, que los estimulantes mejoran el control de los impulsos en los niños con TDAH lo cual favorece progresos en su interacción social durante los periodos de recreación y en no pocos casos, la vida familiar. Todos estos problemas han sido afrontados dando dosis de la formulación de liberación inmediata de metilfenidato 2 ó 3 veces por día, asegurándose siempre de que última dosis del día se diera antes de las 17/18 horas. Sin embargo, siempre que se debe administrar el fármaco fuera del hogar, pueden surgir problemas: la escuela puede ser un lugar poco confiable o amistoso para la administración de la droga (esto por causas diversas: ausencia de enfermeras en las escuelas, escuelas que aún con el debido apoyo profesional se niegan a aceptar responsabilidades sobre el tema, a la actitud de muchos niños que no quieren exponerse ante los compañeros, porque tienen miedo a ser ridiculizados).

Así es que es cuando es necesario que el niño sea auxiliado por la droga por periodos extensos de tiempo, el profesional debe elegir alguna formulación de efecto prolongado. En la mayoría de los países de América Latina, están disponibles solo dos formulaciones, las trataremos a continuación.

Junto a cada paciente

Compromiso Novartis Neurociencias



Novartis Argentina S.A.
Ramallo 1851 · C1429DUC

Buenos Aires · Argentina
Tel. +54 (11) 4703 7000

 NOVARTIS

Metilfenidato con tecnología SODAS™

Introducción

Metilfenidato con tecnología SODAS™ es una presentación del metilfenidato, es decir, de la misma droga que hemos estado exponiendo en las páginas previas. Por ende, la seguridad del fármaco y los efectos adversos son similares. Hay diferencias en cuanto a la efectividad, por cuanto esta forma de presentación implica un efecto más prolongado.

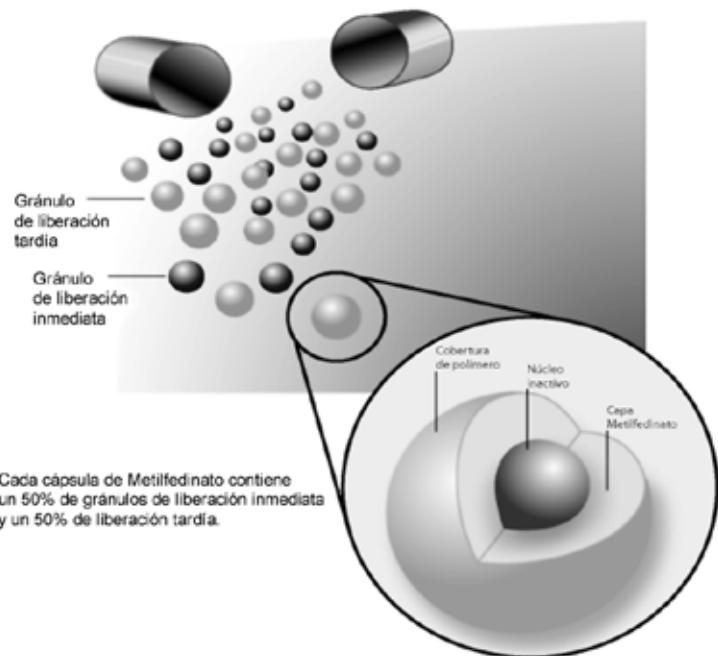
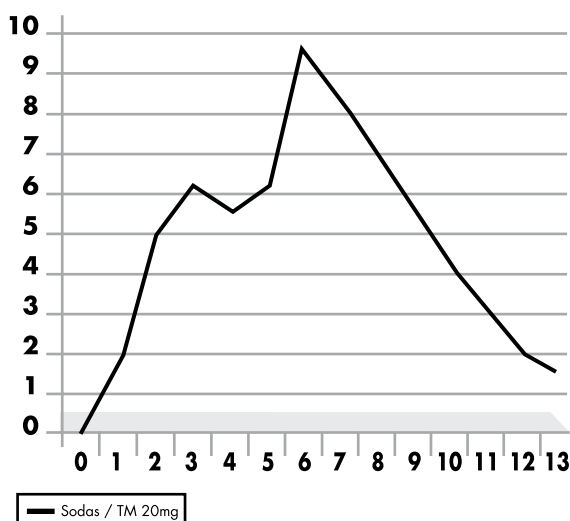
Este apartado estará destinado a que los lectores puedan hallar respuestas a las siguientes preguntas:

- ❖ ¿Qué es el Metilfenidato SODAS™?
- ❖ ¿Qué aspectos novedosos incorpora para el tratamiento del TDAH y en qué situaciones?
- ❖ ¿Cómo debe administrarse?
- ❖ ¿Cuál es su nombre comercial y, formas de presentación?
- ❖ ¿Dónde conseguir información segura en internet?
- ❖ ¿Cuál es la bibliografía básica en que se han estudiado tanto su eficacia como efectos secundarios?

¿Qué es el Metilfenidato Sodas™?

En primer lugar SODAS™ es una sigla: Spheroideal oral drug absorption system (Sistema de Absorción oral de droga esferoidal). El dispositivo tiene una forma de liberación bimodal. La droga esferoidal (ver Gráfica siguiente) está compuesta por dos tipos de gránulos con una cobertura, una capa de metilfenidato y un núcleo inactivo. Uno de los gránulos se disuelve igual que el metilfenidato de liberación inmediata y comienza a hacer efecto entre los 30/45 minutos posterior a su ingesta y alcanza un pico de concentración plasmática en 1h 30m aproximadamente. El segundo tipo de gránulos tiene una cobertura a la que los jugos gástricos tardan unas 4 horas en lograr perforar y por ende, a partir de allí, se produce un nuevo pico y por ende se produce el efecto terapéutico por otras 3/5 horas. El siguiente es un cuadro que muestra la acción de la droga a través del tiempo.

Curva de concentración / tiempo de metilfenidato sistema de liberación SODAS™



Aspectos novedosos que incorporar para el tratamiento SODAS™

El principal aspecto novedoso que incorpora es la posibilidad de cubrir adecuadamente el rendimiento del niño durante un período de tiempo prolongado con una sola dosis sin aumentar ni riesgos o efectos indeseables vinculados al metilfenidato de liberación inmediata.

¿Cómo debe administrarse?

SODAS™ se administra por boca (administración oral, una vez al día). El paciente debe tragar la cápsula completa, no obstante, si esto no fuera posible por algún motivo, se puede seguir el siguiente procedimiento: la cápsula puede ser abierta con cuidado, verter el contenido en una pequeña cantidad de manzana rayada y pisada. El niño debe recibir instrucciones de tragar la manzana rayada sin masticar.

La manzana rallada puede estar a temperatura ambiente o fría, pero no caliente, ya que se modificará el efecto del metilfenidato. Una vez que se ha mezclado la cápsula SODAS™ con la manzana rallada, debe comerse y no puede ni debe ser almacenada para usos futuros.

Dosis previa de Metilfenidato inmediata

- 10 mg de metilfenidato
- 15 mg de metilfenidato
- 20 mg de metilfenidato

Dosis recomendada en la formulación SODAS™

- SODAS™ 20 mg
- SODAS™ 30 mg
- SODAS™ 40 mg

¿Cuál es su nombre comercial y formas de presentación?

Se comercializa con el nombre de RitalinaLA®, en formulaciones de 20, 30 y 40 mg que se corresponden con el metilfenidato de liberación inmediata según el cuadro siguiente. Con un mecanismo de liberación diferente al SODAS, pero con la misma curva de liberación plasmática se encuentra el Rubifen SR (Comprimidos de Liberación prolongada) que se comercializa únicamente por 20mg.

¿Dónde conseguir información segura en internet?

Aquí hay información general sobre el Metilfenidato, el servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y de los Institutos de Salud de los EE.UU

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/medmaster/a682188-es.html

Información del Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU:
www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01335.htm.



¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

Toda la información aquí presente es para su información general. Consulte con su médico.

Información de la Academia Americana de Pediatría:

www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/4/2/e20

www.chadd.org/fs/sfs3.htm

o Preguntas y Respuestas

¿Cuándo es recomendable esta formulación?

Siempre y cuando se haya diagnosticado la condición conocida como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y el profesional convenga con los padres que se busca un efecto terapéutico que cubra el más amplio horario posible.

¿Es necesario tener alguna precaución especial con esta presentación de metilfenidato?

No. Los efectos adversos, interacciones con otros fármacos y contraindicaciones son las mismas que para el metilfenidato.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Markowitz JS et al. Pharmacokinetics of methylphenidate after oral administration of two modified-release formulations in healthy adults. Clin Pharmacokinet 2003;42(4): 393-401.
2. Markowitz JS et al. Advances in the pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder: focus on methylphenidate formulations. Pharmacotherapy 2003;23(10):1281-1289.
3. Lyseng-Williamson KA, Keating GM. Extended-release methylphenidate (Ritalin(R) LA). Drugs 2002;62(15):2251-2259.
4. Zwi M. Evidence and belief in ADHD. BMJ 2000;321:975-976.
5. NIH Consensus Statement. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. 1998 Nov 16;16(2):1-37.
6. Leonard BE et al. Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2004;19:151-180.
7. Barkley R et al. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry 2002;63(suppl12):10-15.
8. Lopez F et al. Comparative efficacy of two once-daily methylphenidate formulations (Ritalin(R) LATM1 and Concerta(R)) and placebo in children with attention deficit hyperactivity disorder across the school day. Pediatr Drugs 2003;5(8):545-555.
9. Wilens TE et al. Does stimulant therapy of attention deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. Pediatrics 2003;111:179-185.
10. Biederman, J. Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder. Pediatrics 1999;104(2).
11. The Merck Index 2001-2203. Monograph Number 06132.
12. Kratochvil CJ et al. Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: A prospective, randomized, open label trial J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41 (1) 776-784.



fundación de neuropsicología clínica

La fundación de neuropsicología clínica es una entidad destinada a difundir los avances de la neuropsicología con especial énfasis en la investigación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales de inicio en la infancia desde una concepción de los tratamientos basados en la evidencia.

Aplicando para cada problema la evaluación y el tratamiento más eficaz, permaneciendo fuertemente comprometidos con la investigación continua y la difusión de los resultados de los avances en el área.

La fundación ofrece a profesionales de las ciencias de la salud y educación formación en el campo de la neuropsicología.

www.fnc.org.ar

Tel./Fax: (54 11) 4821 0739

info@fnc.org.ar

Metilfenidato con tecnología OROS®

Introducción

Metilfenidato Oros® es una nueva y muy interesante tecnología en la presentación del metilfenidato, droga de cuya eficacia, estándar de seguridad, efectos adversos e historia ya se expuso al inicio de este Capítulo.

Recordemos simplemente que el metilfenidato tiene 50 años de investigación y uso terapéutico y que se encuentra entre las drogas de uso psiquiátrico con mejor estándar de seguridad.

Oros® es sistema nuevo de liberación osmótica de metilfenidato, fue aprobado por Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU en septiembre de 2000. Se trata de un dispositivo (ver Gráfico) que permite la liberación del metilfenidato de una forma en que se optimizan los efectos positivos del metilfenidato.

La acción terapéutica del Metilfenidato Oros® es de 10 a 12 horas con una sola dosis diaria que debe administrarse a primera hora de la mañana. Aunque la extensión del efecto terapéutico es uno de sus grandes méritos, como hemos de ver, no es el único.

Este apartado estará destinado a que los lectores puedan hallar respuestas a las siguientes preguntas:

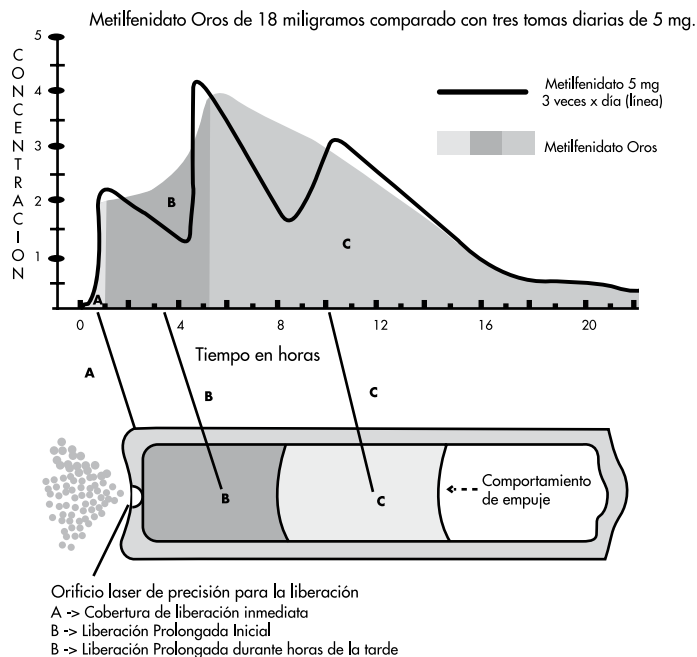
- ❖ ¿Qué es el Metilfenidato Oros®?
- ❖ ¿Qué aspectos novedosos incorpora para el tratamiento del TDAH y en qué situaciones?
- ❖ ¿Qué ventajas y desventajas puede presentar frente las otras presentaciones del metilfenidato?
- ❖ ¿Cómo debe administrarse?
- ❖ ¿Cuál es su nombre comercial y, formas de presentación?
- ❖ ¿Dónde conseguir información segura en internet?
- ❖ ¿Cuál es la bibliografía básica en que se han estudiado tanto su eficacia como efectos secundarios?

¿Qué es el Metilfenidato Oros®?

El Metilfenidato Oros es una tecnología que permite la liberación ascendente (efecto de rampa) del metilfenidato. Se ha estudiado que una liberación ascendente tiene mejor efecto terapéutico que una liberación prolongada que suba hasta alcanzar un pico y luego mantiene una meseta antes de descender.

Por ello es que se ha fabricado este dispositivo (ver Gráfico). Veremos en detalle la manera en que funciona:

1. El dispositivo Oros® tiene tres dosis de cantidades diferentes de Metilfenidato (A, B y C).
2. La primera dosis (A) de metilfenidato se disuelve rápidamente y es la más pequeña. Esta primera parte, como vemos en el gráfico, produce una acción similar al metilfenidato común y es la dosis inicial. En el caso de la Concerta® de 18 mg se trata de 4mg.
3. Al disolverse la primera capa, queda expuesto el orificio del dispositivo que está hecho con laser; a través del mismo se comienza a liberar la dosis B de metilfenidato y luego la dosis C, en horas de la tarde.
4. Las Dosis B y C están dentro de una membrana semipermeable, a medida que va entrando líquido en el compartimiento de empuje (lleno de un polímero que se expande cuando entra en contacto con un líquido), así se logra presionar liberando progresivamente las dosis de metilfenidato a través del orificio laser.



Aspectos novedosos que incorpora para el tratamiento TDAH el Metilfenidato Oros®

La tecnología Oros® ha mostrado que tiene un establecimiento terapéutico inicial comparable al comprimido común de liberación inmediata que ha sido usado durante tantos años. Además es efectiva en lograr el mejoramiento de los síntomas del TDAH (hiperactividad, impulsividad y desatención) durante 12 horas y la forma de liberación a largo de todo el período es más suave que si se utilizaran tres dosis diarias.

¿Qué ventajas y desventajas puede presentar frente las otras presentaciones del metilfenidato?

No se ha registrado efectos adversos o indeseables diferentes al uso del metilfenidato común en tres dosis diarias. La incidencia en la pérdida de apetito es baja y rara vez se convierte en motivo para modificar la formulación (es decir, volver a presentaciones comunes de metilfenidato u otras de acción prolongada).

En la práctica clínica cotidiana se ha observado que la robusta respuesta terapéutica mejora con el paso de las horas, lo que hace al metilfenidato Oros® más recomendable en niños, adolescentes o adultos que deben realizar importante esfuerzo cognitivo y/o de auto control de su conducta después de la primera mitad de la mañana. Por consiguiente, el metilfenidato Oros® evita un problema típico del metilfenidato que es conocido como tolerancia diaria o interdosis. El metilfenidato no desarrolla tolerancia a largo plazo (por eso es que la dosis terapéutica de una persona se mantiene constante con el paso del tiempo, salvo cambios relevantes producto del crecimiento y el peso); pero si tiene una mínima tolerancia interdosis: esto quiere decir, que si un niño toma dos dosis diarias de 10mg (con el desayuno y el almuerzo) podría ocurrir que la dosis de la mañana sea la cantidad exacta pero la del almuerzo sea ligeramente insuficiente a la tarde.

Al igual que en otras formas de liberación prolongada, la administración en el hogar permite al paciente mantener mayor reserva so-

bre el uso del fármaco, lo cual evita situaciones a veces molestas en el entorno escolar y mejora la predisposición del niño o adolescente para el tratamiento farmacológico.

El metilfenidato Oros® comparte con otras formas de liberación prolongada el beneficio de reducir el riesgo del “efecto rebote”, es decir, que minimiza la posibilidad que se exacerben los síntomas del TDAH una vez que dejó de hacer efecto terapéutico.

¿Cómo debe administrarse?

Debe administrarse por las mañanas temprano tanto en niños, adolescentes como adultos; con o sin desayuno.

El comprimido debe tragarse completa: no debe masticarse, disolverse, pulverizarse o cortarse de ningún modo.

Aunque algunos profesionales prefieren realizar la titulación (proceso para determinar la dosis necesaria) con metilfenidato común de corta duración y luego hacer el paso al metilfenidato Oros®, este procedimiento no es estrictamente necesario y se puede considerar una buena praxis el proceder a titular utilizando comprimidos de metilfenidato Oros® de 18mg o 36mg como dosis de inicio, dependiendo del peso y la edad del paciente.

¿Cuál es su nombre comercial y formas de presentación?

Se comercializa en todo el mundo con un solo nombre: Concerta®. Se distribuye en la República Argentina en formatos de 18, 36 y 54mg.

¿Dónde conseguir información segura en internet?

Aquí hay información general sobre el Metilfenidato, es un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y de los Institutos de Salud de los EE.UU

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/medmaster/a682188-es.html

www.chadd.org/fs/sfs3.htm

www.concerta.net/html/concerta/spanish/spanish_administration.jsp

www.concerta.net/html/concerta/spanish/spanish_ppi.pdf

www.janssen-cilag.com.ar/producl/psicoestimulantes/concertainf.html

o Preguntas y Respuestas

¿Cuándo es recomendable esta formulación?

Siempre y cuando se haya diagnosticado la condición conocida como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y el profesional convenga con los padres que se busca un efecto terapéutico que cubra el más amplio horario posible.

¿Se disuelve completamente el dispositivo Oros®?

El comprimido no se disuelve completamente. Después de haber liberado todo el medicamento, y es posible que algunas veces lo

pueda ver en las heces o materia fecal del niño, esto es enteramente normal.

¿Es necesario tener alguna precaución especial con esta presentación de metilfenidato?

No. Los efectos adversos, interacciones con otros fármacos y contraindicaciones son las mismas que para el metilfenidato.



¡ IMPORTANTE !

No olvide que:

El comprimido debe tragarse completa: no debe masticarse, disolverse, pulverizarse o cortarse de ningún modo.

El dispositivo Oros® es una forma novedosa y valiosa de dosificar el metilfenidato. No se trata de una droga diferente.

27 | Tratamientos No basados en Psicoestimulantes

Indicaciones de la medicación no estimulante en pacientes con TDAH

La medicación estimulante ha sido por años la única aprobada por la Agencia de Drogas y Alimentos de los EE. UU. para ser utilizada en niños, adolescentes y adultos con TDAH.

Esa situación ha cambiado recientemente con la introducción en el mercado de una nueva molécula: atomoxetina. Hasta la introducción de esta molécula podía considerarse que el uso de otros fármacos solo se utilizaban en pacientes con TDAH en los siguientes casos:

- ☉ Ausencia de respuesta a los estimulantes o inapropiada relación costo-beneficio en función de los efectos adversos.
- ☉ Contraindicaciones para el tratamiento con estimulantes (por ejemplo, tics severos).
- ☉ Condiciones clínicas o comorbilidad (por ejemplo, agresividad extrema o depresión).

En la actualidad, se puede comenzar el algoritmo farmacológico con la atomoxetina desde un primer momento sin haber probado previamente el uso de estimulantes, aún cuando no se presenten ninguna de las condiciones previas.

Las alternativas más frecuentemente utilizadas a los fármacos estimulantes antes de la aparición de la atomoxetina han sido los antidepresivos (en especial los TCA), los agonistas alfa adrenérgicos (clonidina y guanfacina) y, algunos neurolépticos y estabilizadores del humor (generalmente en pacientes con alto grado de agresividad y/o vulnerabilidad afectiva) y más recientemente un estimulante del SNC utilizado en la narcolepsia, el modafinilo.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(suppl 2):26S-49S. Zemelkin AJ, Liotta W. The neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(suppl 7):17-23.

Solanto MV. Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: a review and integration. *Behav Brain Res*. 1998;94:127-152.

American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001;108:1033-1044.

Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-Maclean L, et al. Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics*. 2001;107(6).

Swanson J, Gupta S, Lam A, et al. Development of a new once-a-day formulation of methylphenidate for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: proof-of-concept and proof-of-product studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:204-211. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, et al. Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001;108:883-892. Greenhill LL, on behalf of The Adolescent Study Group. Efficacy and safety of OROS® MPH in adolescents with ADHD. Poster presented at: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, October 22-27, 2002; San Francisco, Calif.

Atomoxetina

Introducción

La Atomoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de norepinefrina. Los primeros ensayos con grupo control placebo y distribución al azar de la población han mostrado su eficacia en revertir los síntomas nucleares del TDAH.

Algunos datos neurobiológicos y farmacológicos respaldan la hipótesis de que el TDAH no es solamente un trastorno dopaminérgico, sino que un correcto balance de noradrenalina y dopamina. No obstante, el mecanismo de acción de la atomoxetina y la manera en que trabaja en el mejoría de los síntomas del TDAH no está aún claro. Posiblemente esté relacionado con la inhibición selectiva de la captación presináptica de norepinefrina y su rol en equilibrar la regulación de la neurotransmisión noradrenérgica y dopaminérgica asociada a este trastorno.

Tolerabilidad

La atomoxetina en dosis entre 0,5-1,8 mg/kg/día es general fue bien tolerada según se ha demostrado en diversos estudios previos a su lanzamiento comercial. Las tasas de discontinuación por eventos adversos fueron bajas: media de 3,8% frente a una tasa media de abandono de 1,4% en los grupos de placebo, es decir, cuando se comparó con niños que recibían una sustancia inerte.

Los eventos adversos que se observaron con una frecuencia significativamente mayor en quienes recibieron atomoxetina comparado con quienes recibieron placebo en los cuatro ensayos fueron:

- ☺ disminución del apetito (14,1% vs 5,8%)
- ☺ vómitos (12,2% vs 6,8%)
- ☺ mareos (6,1% vs 2,4%)

Se observaron incrementos significativamente mayores de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca con atomoxetina comparado con placebo en niños y adolescentes en los ensayos clínicos randomizados; sin embargo, estos efectos no produjeron efectos sintomáticos y no se apreciaron eventos adversos asociados a estas observaciones en los pacientes monitoreados durante 12 meses. Los síntomas gastrointestinales fueron más comunes con la administración de una vez al día de atomoxetina que con la administración de dos veces al día.

La mayor parte de la pérdida de peso experimentada por los participantes en los estu-

dios fue recuperada dentro de una semana de discontinuar el tratamiento. Ningún estudio a largo plazo ha investigado el efecto de atomoxetina sobre el crecimiento.

No se ha informado insomnio en los ensayos clínicos que examinaron el tratamiento con atomoxetina en niños y adolescentes con TDAH. Sin embargo, se ha comunicado la asociación de astenia y somnolencia al tratamiento con atomoxetina; se observó astenia en 10,6% de quienes recibieron atomoxetina versus 1,2% en quienes recibieron placebo y somnolencia en 10,8% en quienes recibieron atomoxetina (dos veces al día) vs 3,6% en quienes recibieron placebo.

La discontinuación abrupta de atomoxetina en los ensayos no se asoció con diferencias significativas en la incidencia de eventos adversos entre quienes recibieron atomoxetina y quienes recibieron placebo.

Los eventos adversos experimentados tendieron a disminuir a lo largo del período del estudio.

Perfil farmacocinético

La atomoxetina se absorbe rápidamente luego de la administración oral y alcanza concentraciones plasmáticas máximas en el término de 1-2 horas. Los alimentos modifican la velocidad pero no el grado de absorción. La eliminación de más del 80% de la dosis de atomoxetina es excretada en la orina y sólo el 3% del fármaco es eliminado sin cambios.

Posología y administración

Independientemente del subtipo de TDAH, la posología inicial recomendada de atomoxetina para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes de hasta 70 kg de peso corporal es de 0,5 mg/kg/día durante un mínimo de 3 días, con incrementos posteriores hasta llegar al objetivo posológico de 1,2 mg/kg/día, según la respuesta clínica. Los pacientes con más de 70 kg de peso deben recibir una posología inicial de 40 mg diarios, con incrementos hasta aproximadamente 80 mg diarios luego de un mínimo de 3 días, y hasta la posología máxima en un lapso de 2-4 semanas si es necesario. La dosis diaria total máxima es de 1,4 mg/kg o 100 mg, la que sea menor. La atomoxetina puede ser administrada con o sin las comidas como una dosis única por la mañana o como dosis divididas en partes iguales a la mañana y a últimas horas de la tarde o por la noche. La atomoxetina puede ser discontinuada sin efectuar una reducción gradual de la dosis.

Contraindicaciones

Se debe tener precaución al administrar atomoxetina a pacientes con hipertensión, taquicardia, o enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares.

La co-administración de atomoxetina con agonistas de los receptores adrenérgicos alfa2 sistémicos (albuterol) puede potenciar los efectos cardiovasculares.

Se recomienda efectuar ajustes de la posología cuando atomoxetina es administrada a pacientes con deficiencias hepáticas y cuando es coadministrada con inhibidores de CYP2D6 tales como paroxetina, fluoxetina o quinidina.

No parece ser necesario el ajuste de la posología en pacientes con insuficiencia renal. Se ha observado en estudios controlados con grupo placebo que la atomoxetina eleva la presión arterial y la frecuencia cardíaca en estudios realizados con niños y adolescentes. Los incrementos de la presión arterial y la frecuencia cardíaca se mantuvieron durante el tratamiento, pero se normalizaron luego de la discontinuación de atomoxetina. La frecuencia cardíaca se incrementó en 5,8-9,2 latidos por minuto (lpm) en quienes recibieron atomoxetina, comparado con 1,2-1,6 lpm en quienes recibieron placebo.

Antidepresivos atípicos: Bupropion

El Bupropion no está aprobado por la FDA para ser utilizado en niños con TDAH. Sin embargo, varios estudios de investigación han demostrado la eficacia del bupropion en niños con TDAH.



Un estudio multicéntrico a doble ciego y controlado con placebo sobre 109 niños con diagnóstico de TDAH con hiperactividad. En un estudio comparativo entre el bupropion y el metilfenidato realizado en 1995 se verificó mejoría en los niños tratados con ambos fármacos. También hay estudios que muestran la eficacia del bupropion en niños y adolescentes con cuadros comórbidos psiquiátricos de TDAH y Depresión.

A pesar de los resultados realizado en los estudios clínicos, la mejoría de los niños con esta droga no es tan completa como con los estimulantes y este es uno de los principales motivos de que no se haya extendido su uso, al que se debe agregar, su uso cauteloso para evitar crisis epilépticas.

Sin embargo, es una opción en adolescentes que no hayan respondido al metilfenidato y la atomoxetina. O bien, en casos de pacientes con importante adicción a la nicotina.

Clonidina y Guanfacina

Los antihipertensivos, tales como la clonidina y la guanfacina que son agonistas alfa2 adrenérgicos, han sido efectivo en reducir los síntomas de TDAH en niños.

La Guanfacina también ha mejorado los tics comórbidos. Estos agonistas alfa 2 adrenérgicos pueden mejorar los síntomas del TDAH, probablemente porque afectan la tasa de descarga de norepinefrina en el locus ceruleus.

Aunque la guanfacina y la clonidina son efectivas en el tratamiento del TDAH pueden observarse excesiva sedación y un efecto rebote en la hipertensión (más en la clonidina que en la guanfacina), pero también se ha demostrado que el uso de estos fármacos mejora los habituales problemas de sueño de los niños con TDAH.

La clonidina es la más estudiada en niños con TDAH. Habitualmente se inicia la administración con una dosis de 0,05 mg diarios y se incrementa la dosis cada tres días hasta lograr un buen efecto terapéutico con un mínimo de efectos secundarios, pero evitando pasar el máximo de 0,3 mg al día, dividido en varias tomas en el día. Los efectos máximos tardan entre 7 y 15 días para establecerse.

La estudios controlados de farmacoterapia de TDAH con clonidina son de menor cantidad de los que se disponen en los casos de psicoestimulantes, pero suficientes como para afirmar su utilidad en especial en los casos en que los pacientes que tienen trastornos ticosos, en el Síndrome de Gilles de la Tourette y cuando en el TDAH predominan fuertemente los síntomas comportamenta-

les (trastornos de conducta), hiperarousal (estado de alerta exagerado o patológico en función de los requerimientos del contexto), hiperactividad y agresividad (Hunt RD et al., 1986).

La guanfacina se ha utilizado logrando buenos efectos en el control de la agresión, la disminución de la intolerancia a la frustración, un mejoramiento del niño con hiperarousal. Motivo por el cual, es otra posible alternativa farmacológica, especialmente, porque en comparación con la clonidina tiene muchos menos efectos adversos. La dosis suele ser de 0,5-3mg por día dado a razón de 0,09mg/kilo/día. Dados que los niños metabolizan la guanfacina de manera más rápida que los adultos, pueden requerir dosis más frecuentes (dos o tres diarias).

Los efectos indeseados de la clonidina son parecidos a los de la guanfacina pero no idénticos. Ambos pueden presentar hipotensión y sedación, como ya se dijo. La bradicardia también se presenta con ambos y puede empeorar los síntomas asmáticos de pacientes que ya cursen con esa enfermedad. Se sugiere monitorear la presión arterial (puede producir hipotensión) y realizar periódicos electrocardiogramas.

La guanfacina tiene menos efectos de sedación, pero se han reportado además, dolores de cabeza y anorexia.

En conclusión R. A. Barkley afirma que esta opción debe utilizarse, resumiendo, en las siguientes condiciones:

- ☺ En casos de que el niño tiene un nivel de Arousal muy incrementado y los síntomas de impulsividad, hiperactividad y explosiones de rabia no han respondido a otras abordajes.
- ☺ Como fármaco auxiliar en el tratamiento a base de estimulantes, cuando éstos no abordan apropiadamente los síntomas señalados.
- ☺ Cuando el TDAH está en comorbilidad con el Síndrome de Gilles de la Tourette u otros trastornos ticosos.

Antidepresivos Tricíclicos

Después de los psicoestimulantes sin duda los antidepresivos tricíclicos sean los fármacos más estudiados en el tratamiento del TDAH. Con toda seguridad esto debe a que esta línea de fármacos tiene un tiempo prolongado de existir en el mercado farmacéutico y que por otro lado se han mostrado eficaces en el tratamiento de este trastorno, de hecho, la imipramina y la desipramina han sido estudiadas en este campo por su conocido efecto inhibidor de la recaptación de la norepinefrina.

Los Tricíclicos han mostrado tener un gran efecto en el tratamiento del TDAH, aún en comparación con los estimulantes, la mayoría de los estudios se han basado en la desipramina siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III y fueron conducidos hace más de 20 años. Estudios controlados y abiertos han mostrado que dosis tan bajas como de 75 mg/día de imipramina pueden reducir la hiperactividad en un período de 3 a 10 días.

Aunque algunos tricíclicos son efectivos en el tratamiento del TDAH, su uso en niños ha declinado por los efectos adversos que podrían suscitarse en el área cardiaca y el lógico monitoreo preventivo que debe realizarse. Otros efectos secundarios de naturaleza moderada: sequedad en la boca, constipación, sedación e incremento de peso tampoco han ayudado a que esta medicación deje de ser una opción de segunda o tercera línea, no obstante, los beneficios terapéuticos directos.

Si por algún motivo el profesional considerara necesario el uso de los tricíclicos de comprobada eficacia, dado el que afecta la conducción y repolarización cardíaca, los médicos deberían explicar a la familia claramente los riesgos vinculados a la muerte súbita y explicar los riesgos de muerte que acompañan la sobredosis. La desipramina ha sido asociada con muertes súbitas de origen inexplicado, posiblemente en relación con la

Antidepresivos Tricíclicos			
Nombre Genérico	Dosis Inicial	Dosis Máxima	Posibles efectos secundarios, colaterales y/o indeseables
Imipramina	10 - 25 mg	75 mg	Sequedad en la boca, visión borrosa, constipación, fatiga, cambios en el electrocardiograma, insomnio, dolor de cabeza, incremento de sensibilidad a la luz, hipotensión arterial, incremento de peso.
Desipramina	10 - 25 mg	75 mg	Los mismos que para la Imipramina
Nortriptilina	10 - 25 mg	150 mg	Los mismos que para la Imipramina
Clorimipramina	25 mg	150-300 mg	Los mismos que para la Imipramina



prolongación del intervalo QT. Por lo tanto, el uso de esta medicación, obligará a una cuidadosa evaluación cardiovascular y la obtención periódica de electrocardiogramas y efectuar dosajes de la droga.

Inhibidores de la recaptación de la serotonina

En principio no se trata de una línea recomendable. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina han sido estudiados en un número pequeño de casos e investigaciones.

Los resultados son controvertidos. Se han registrado mejorías que en general pueden asociarse más bien a la presencia de síntomas depresivos en niños con TDAH. De hecho, es difícil que el uso los inhibidores de la recaptación de la serotonina puedan utilizarse como tratamiento del TDAH sin tener que utilizar estimulantes.

La venlafaxina ha mostrado más utilidad quizás porque esta droga también inhibe la recaptación de la norepinefrina.

Se está estudiando en idéntico sentido la tianeptina. Sin embargo, existen al menos tres motivos para que su presencia se asocie al tratamiento realizado sobre la base de las otras líneas farmacológicas: es útil en los cuadros con comorbilidades tales como los Trastornos de Ansiedad, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y cuando el TDAH cursa con estado de ánimo disfórico.

Inhibidores de la mono amino oxidasa

Este campo por muchas razones está muy poco explorado. Los pocos estudios que se han realizado en niños con TDAH y el uso de inhibidores de la MAO en niños con TDAH han encontrado que estas drogas disminuyen la severidad de los síntomas.

La acción de los inhibidores de la MAO en reducir los síntomas de TDAH está probablemente relacionada con su capacidad para bloquear el metabolismo de la norepinefrina y la dopamina. A pesar de su efectividad, los inhibidores de la MAO son raramente prescritos porque estos agentes obligan a severas restricciones en la dieta de los pacientes.

Modafinilo

El modafinilo es una droga que está siendo evaluada con vistas a su utilización en el TDAH bajo la aprobación de la FDA, estatus que aún no tiene. Existe un pequeño número de estudios sobre esta medicación estimulante.

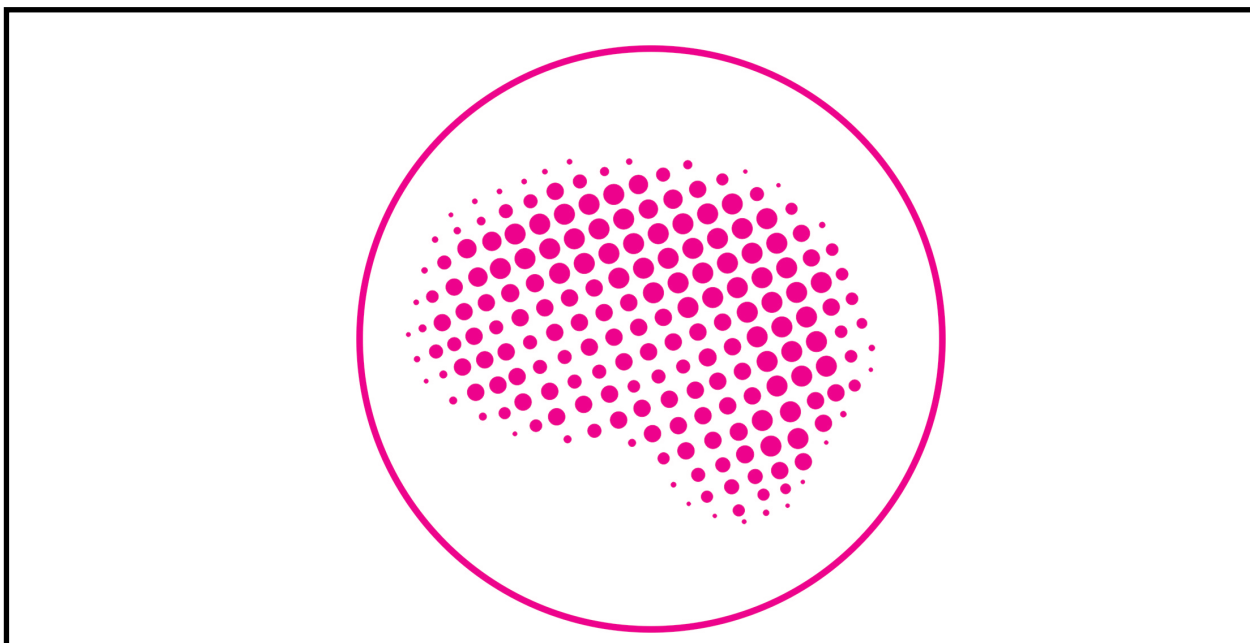
La hemos incluido como parte de la medicación no estimulante, de una manera quizás

arbitraria, fundamentalmente por que tiene un mecanismo de acción, hasta dónde se conoce, muy diferente al de los estimulantes estudiados en el módulo anterior.

Aunque su mecanismo de acción es poco conocido, el modafinilo parece alterar el balance entre el ácido amino butírico (GABA) y el ácido glutámico (glutamato o GMP), resultando en la activación del hipotálamo. Debido a que el Modafinilo tiene una vida media prolongada, estimada en 15 horas, la cual es superior a la medicación estimulante tradicional, puede ser prescrito una vez al día. Los fabricantes de la molécula sostienen que puede mejorar los síntomas del TDAH.

La revisión de los estudios permite identificar los siguientes efectos adversos: insomnio de conciliación, problemas gastrointestinales y cefaleas. En menor medida, se observó temblor y sensación de estar por desmayarse, en muchos casos, estos efectos adversos desaparecieron al disminuir la dosis.

Resulta evidente que esta línea de abordaje, aunque eficaz para el tratamiento del sueño excesivo tal como se ve en cuadros de narcolepsia, aún no puede utilizarse de manera confiable en el campo del TDAH más que de una manera experimental, pero puede ser considerada una opción aceptable en los casos de niños con TDAH de predominio de síntomas atencionales (con poco o ningún síntomas de hiperactividad e impulsividad), de tiempo cognitivo lento, a los que vemos como faltos de energía y somnolientos. Especialmente, si no han respondido en forma aceptable al metilfenidato o la atomoxetina.



Guía para Padres

por Lic. Ruben O. Scandar

28 | ¿Cómo hablar con mi hijo acerca de “su” TDAH?

Como padres de un niño o niña con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es importante acrecentar los conocimientos sobre el TDAH desde la perspectiva más amplia y científica posible. Así, estarán en condiciones de ayudarlo/a en la escuela y en el hogar. También de ayudarse a sí mismos como padres y pareja.

De la misma manera en que ustedes no serán padres exitosos en el afrontamiento de los desafíos que el TDAH nos propone sin esos conocimientos, tampoco lo será su hijo/a. Él/ella tiene que recibir respuestas breves, concisas pero realmente eficientes sobre preguntas tales como ¿Qué me pasa? ¿Por qué no puedo comportarme igual que mis compañeros/as? ¿Por qué están todo el tiempo corrigiéndome? ¿Cómo puedo mejorar? ¿Por qué me llevan a ver tantos profesionales? ¿Por qué debo tomar esta medicación? ¿Cómo puede ayudarme una pastilla? ¿Qué debo hacer yo por mi mismo/a? ¿Siempre voy a tener problemas, cuándo seré como los demás? E incluso, respuestas a preguntas más conflictivas: ¿Por qué debo estar en tratamiento si tú dices que eras igual que yo cuando pequeño e incluso ahora tienes los mismos problemas y no haces ningún tratamiento?

Todo niño/a con TDAH enfrenta dificultades que cuestionan su autoestima y confianza en sí mismos. Los padres son la primera línea de defensa: aportando apoyo, comprensión y ayudando a desarrollar tácticas y estrategias de afrontamiento cada vez más eficaces.

Los siguientes son consejos destinados a ayudarlos a encontrar una manera de comunicarse con sus hijos en torno al hecho de que tienen TDAH.

No vacile en llamar a las cosas por su nombre. Usted no buscaría eufemismos para explicarle a su hijo/a que tiene anginas o diabetes. Por ejemplo, si tuviera diabetes no dudaría en explicarle que en el cuerpo existe un órgano llamado páncreas y que éste tiene “x” dificultad para proveerlo de la cantidad suficiente de insulina, etc.

Las cosas deben ser llamadas por el nombre apropiado: evite circunloquios innecesarios, engaños o mentiras “blancas”.

Así es que si su hijo o hija tiene TDAH, se le debe decir que tiene TDAH. Así de simple: “ese es el nombre con el que se estudian estos problemas que tienes”.

Acto seguido se listarán descriptivamente de manera breve estas dificultades. Si el niño es muy pequeño, se prescinde de la sigla, y se dice: tienes problemas para prestar atención o en conseguir que tu cuerpo se quede quieto mucho tiempo, etc. y oportunamente, se le explicará que hay una parte de su cerebro (cabecita si es muy pequeño) que necesita recibir ayuda. Esta ayuda puede venir por medios de remedios pero también, en a través de otras partes de su cerebro (o cabecita) que están en muy buenas condiciones de ayudarlo: por ejemplo, “puedes hablarte a ti mismo para darte instrucciones, los profesionales pueden enseñarte esto (en todo proceso de entrenamiento cognitivo en niños con TDAH se utilizan técnicas de habla auto-dirigida)”.

Muchas personas por miedo a rotular a su



hijo vacilan en decirle abiertamente que tiene TDAH, en la creencia de que se instalará definitivamente en su mente la idea de que es “anormal”, sin embargo, las mismas personas no logran contenerse cuando se enojan, en calificarlo de vago por su falta de motivación, de mal intencionado cuando olvida la realización de una tarea cotidiana, de estúpido cuando comete un error por descuido en sus tareas escolares, de malo porque impulsivamente se llevó por delante al hermanito, etc. Sé que se arrepienten y se sienten muy mal por estos exabruptos, hasta se disculpan, pero no todo lo que se escribe se logra borrar con el codo.

Así es que debemos llamar a las cosas por su nombre específico. El uso de un lenguaje apropiado para referirse a sus dificultades les todo el vocabulario para explicarse a sí mismos y a terceros qué es lo que le está pasando. Por ejemplo: “Tengo dificultades para prestar atención. Debo esforzarme más que otros niños para no distraerme. Me resulta más fácil no distraerme si mis compañeros son menos inquietos y ruidosos”.

El nombre de un trastorno o las explicaciones sobre su origen biológico (por ejemplo: “en tu cabeza hay como el volante de un auto que es muy sensible, se mueve con facilidad y hace que te muevas en un lado al otro y que prestes atención a cosas diferentes”) no debe impedir que se le exija que tome una posición activa frente a su problema (“si te esfuerzas, si buscas hacer cosas atractivas, controlas mejor el volante”), ese es el camino para encontrar soluciones.

Informar es tranquilizar

El proveerle de información le permitirá dialogar con los demás y consigo mismo/a de manera más apropiada. Ustedes deben comprender que el/ella ya sabe que algo no está funcionando bien. Los problemas de autoestima de los niños con TDAH son el resultado de percibir que los padres, que los docentes y compañeros se comportan diferente con él y que él mismo no puede comportarse igual que los demás. Sin embargo, un problema que muchos niños con TDAH pequeños es que no pueden identi-

ficar claramente los problemas, saben que “algo no está funcionando” pero demoran en poder describir bien qué es lo que no funciona y cuánto eso depende de sí mismos o los demás. Si se le explica apropiadamente estará en condiciones de comprender mejor porqué es tratado de manera diferente y podrá relacionarse de manera más apropiada. Ya no tendrá que pensar que es vago/a, malo/a o tonto/a. También, como veremos, lo capacitará al niño o niña para conocer sus lados fuertes y débiles o más bien, sus necesidades: algo central a la hora de construir el éxito que implica superar cualquier dificultad y alcanzar los objetivos que uno se propone.

No sienta enojo ni lástima por su hijo/a o usted mismo

Antes de sentarnos a dar explicaciones deberíamos estar en paz con la condición que padece nuestro hijo/a. No es fácil, pero es de la máxima importancia.

El enojo vestido con cierta facilidad en irritación y fastidio por todo lo que el/ella no logra puede convertirnos en intolerantes y agresivos. La indulgencia excesiva producto de la lástima que nos agobia por sentirlo que “está enfermo” tampoco nos lleva por buen camino: nos convierte en inconsistentes cada vez que necesita firmeza de nuestra parte. Ni hablar, de que en ocasiones muchos padres mudan de una posición a otra.

Hay que aceptar que todos tenemos algunas discapacidades, así es que lo normal es no ser capaz de ciertas cosas y de otras sí. Esta es una verdad que se aplica a todas las personas. Cuando me paro delante de un auditorio y les digo: “Tengo una discapacidad y es de tal magnitud que uso una prótesis. Todos ustedes pueden advertirla, porque es fácilmente visible. Además, me doy cuenta que no soy el único aquí con la misma discapacidad”. Muchas veces la alusión a mi discapacidad visual y a mis lentes demora ser advertida por el público. ¡La idea de normalidad y anormalidad está metida en nuestras cabezas de una manera profunda y equivocada!

Aceptar a nuestro hijo/a, quererle con sus fortalezas y flaquezas es parte de nuestro deber de padres, como debemos hacer lo mismo con nosotros mismos. Si no podemos dejar de enojarnos o sentir lástima, haríamos bien en pedir ayuda para hallar paz espiritual en cuanto al tema. Luego podremos ser sabios y contenedores con nuestro/a niño/a.

Sin embargo, aunque mucho se hará para que mejore sus aspectos

problemáticos, nunca debemos olvidar que a largo plazo el éxito de nuestro hijo/a se dará por el adecuado fomento de sus lados fuertes.

Para decirlo de manera metafórica: se trata simplemente de que sus defectos no se conviertan en obstáculos insalvables para que sus virtudes lo lleven al éxito.

Por ejemplo, un niño con TDAH probablemente siempre tendrá dificultades de atención, puede haber aprendido a crearse un ambiente favorable, a organizarse, a crearse recordatorios, tener adecuados auxilios electrónicos, a elegir una tarea con actividades que varían, que implican desafíos renovados, etcétera; de modo tal que llegará el momento en que sus dificultades atencionales no le impidan alcanzar los éxitos que el busca, por ejemplo, con su inteligencia, capacidades lingüísticas, buena memoria, etcétera.

Tenga una actitud de aceptación hacia su hijo/a

Manténgase abierto a escuchar y detectar sus dificultades. Cuando un padre puede sentir aceptación por su hijo o hija con TDAH, se produce un fuerte impacto en su autoimagen y en su autoestima. Si usted se enoja, el/ella se sentirá despreciado/a. Es común que muchos padres pretendan manejar la condición de su hijo/a como si fuera un secreto de estado.

El niño o niña siente que el padre se avergüenza y esto, unido a las críticas y fallos cotidianos, hará se sienta que está siendo juzgado de manera negativa cotidianamente. No se trata tampoco de que usted publique en el diario familiar nada, pero cuando surjan los temas, sería oportuno que se explique de manera clara, breve y franca sobre el trastorno. En estos momentos, siempre es oportuno que señale claramente una frontera con las personas que converse, mucha gente bien intencionada querrá darle su “versión” de lo que le pasa a su hijo/a.

Sea asertivo y manifiéstele que “a partir de conocer lo que en verdad le ocurre a mi hijo/a me he ido informando, sé cada vez mejor como ayudarlo/a y estamos teniendo progresos; los profesionales que lo asisten me ayudan con las dudas inevitables, así es que te agradezco tu buena disposición, pero...”

Adopte una adecuada perspectiva sobre la discapacidad. Hable acerca de las debilidades y fortalezas de las personas (¡Inclúyase!)

No creo que haya mejor manera de que los niños acepten sus lados fuertes y débiles que convivir con la situación cotidiana de personas que hablan, por ejemplo, de sus errores de manera natural y que revelan los planes para superarlo.

En mi consultorio tengo un reloj especial muy a la vista. Lo uso con muchos fines, uno de ellos ayudarme a manejar el tiempo, lo comento a menudo con mis pacientes diciéndoles: “necesito tener frecuentes recordatorios de cuánto tiempo tengo para las cosas, a veces no sé cómo se me pasa el tiempo”; también les resulta útil ver mis recordatorios pegados en la cartelera o escucharme pedirle a mi secretaria que me recuerde tal cosa porque tengo miedo de olvidarme, en parte, porque no tengo ganas de hacer algo. ¡Mis pacientitos a veces deben pensar que estoy peor que ellos! Transmito esto a los padres, porque creo que ellos son personas realmente importantes en la vida de sus hijos y lo que ellos hagan en esta dirección, será más significativo que cualquier esfuerzo mío en la consulta. Por ejemplo, es bueno aprovechar la natural plasticidad que tienen los niños de hoy en día con las computadoras, para pedirles ayuda y mostrarles lo cabeza dura que a veces podemos ser quienes nacimos en la época de las máquinas de escribir. Por otro lado, los padres deben asegurarse de poner de manifiesto de manera más abrumadora los aspectos positivos que los negativos de sus hijos. Creo que todo padre debe andar a la caza de aciertos y no de errores: los cimientos del éxito de su hijo serán sus lados fuertes, no sus debilidades.

No tengan miedo a que el niño o niña lo tome como una excusa para eludir sus responsabilidades. Tampoco lo permitan

El origen de la preocupación no es carente de lógica y, eventualmente, podría darse ante un manejo inapropiado de parte de los padres. Por eso la redacción del consejo



que obra de título. El dar información implica aceptar ante él/ella que enfrentará, en áreas específicas de su vida, mayores dificultades y que por ende, requiere esforzarse más y a la vez, ayuda extra tanto de los padres o docentes.

El diagnóstico de TDAH no es una excusa para ser desatento, saltando de un lugar a otro o respondiendo lo primero que se nos cruza por la cabeza: es la explicación de sus dificultades, de porqué requiere esforzarse más y de porqué necesita ayuda adicional.

Pienso que todo padre puede encontrar en sí mismo, parientes cercanos y en su hijo/a con TDAH suficientes ejemplos de cómo Dios o la Naturaleza han distribuido los dones de manera bastante variada. Por ejemplo, cada persona tiene aspectos bien desarrollados que lo hacen destacar y otros menos desarrollados que lo obligan a esforzarse.

No tomen el TDAH como una excusa para no afrontar ciertas responsabilidades que ustedes tienen como padres.

Por ejemplo, los niños con TDAH tienen dificultades para seguir instrucciones, normas y regulaciones; con frecuencia tienen baja tolerancia a la frustración, se irritan y son tercos. Son características que pueden presentarse con intensidad variada y en ocasiones de manera tan severa que se acompañan de fuerte confrontación con las personas de autoridad. Se diagnostica el Trastorno Negativista Desafiante (TND).

El TDAH no es una excusa para el TND ni son lo mismo. Los padres deben comprender que el TDAH puede haber llevado a que su hijo/a sea difícil, pero el TDAH no lo ha convertido en un niño/a con TND, eso ha ocurrido porque no hemos sido hábiles en afrontar esa dificultad. Los padres no tienen la culpa de que su hijo tenga TDAH y quizás tampoco de haber cometido errores en su crianza que ayudaron al desarrollo del negativismo y el desafío, pero deberán asumir la responsabilidad de hacer cambios en su estilo de crianza.

En la comunicación con sus hijos deberán dejar claro que ciertas conductas son parte del TDAH y otras, simplemente, parte de que hemos cometido errores que debemos corregir entre todos.

La medicación

Muchos padres temen mdicar a sus hijos por muchos motivos. Uno de ellos es que se “apoye” en la medicación y no se

esfuerce. En verdad el temor está bien intencionado y merece el máximo respeto, pero se evitan esos peligros si se presenta la medicación de la manera apropiada.

Por ejemplo: “La medicación te ayudará a concentrarte y a quedarte quieto. Hará que lo puedas hacer con el mismo esfuerzo que, te habrás dado cuenta que tus compañeros también deben esforzarse cuando algo los aburre, no les guste o le resulta difícil, ese también es tu caso”.

También es importante aclararle que la medicación no hace todo por él o ella y que por ejemplo, no lo organizará ni le fabricará planes. Así es que habrá que remarcarle que en muchas áreas será necesario que se esfuerce, también se puede compartir el natural fastidio que sentimos cuando debemos esforzarnos en algo que para todo el mundo es más fácil.

A veces le digo a los pacientes: “Si pongo un libro delante de tus ojos, el libro no se lee solo. La medicación hace lo mismo, te ayudará a sentarte a hacer la tarea, pero la tarea, la tienes que hacer tú” o “la medicación hace que te cueste prestar atención igual que tus compañeros, habrás notado que ellos también a veces se aburren y necesitan esforzarse para hacer las cosas: ¡Muy bien! También tendrás que esforzarte”. También es cierto que cuando llegan los logros, es muy importante centrarse en elogiar su esfuerzo.

Explique la naturaleza biológica del trastorno

Los niños vienen de todas las formas y colores. Algunos nacen altos y otros no tanto: todo tiene su lado bueno y su lado malo. También es cierto, que unos tienen más capacidad para prestar atención que otros, unos viven organizando todo y otros no lo hacen tanto, unos disfrutan estando quietos y otros moviéndose; unos prestan atención a todos los detalles y se pierden lo general y otros al revés...

La cuestión es que nuestro cerebro tiene programas diferentes. La investigación científica claramente establece que el TDAH tiene un origen biológico y que no es el resultado de que los padres sean malos padres o que el niño sea un holgazán: ni los padres ni los niños tienen la culpa. Pero también es cierto, que son quienes deben buscarle la solución. Por ejemplo, cuando un pozo en el camino nos hace caer la caída no es nuestra culpa, si nos lastimamos las rodillas tampoco es nuestra culpa, pero será nuestra responsabilidad y nuestro trabajo curar nuestras rodillas y mirar de no caer en el próximo pozo.

Ponga el TDAH en contexto: no es un trastorno extraño

Es importante que el niño no se sienta que es “extraño” o “raro”. Por lo tanto, hemos de informarle que muchos niños tienen problemas, por ejemplo, de atención y que es algo lo suficientemente común como para que él conozca otros niños con la misma condición y que es muy probable que alguno de sus compañeros de clase tenga dificultades parecidas. Si uno de los padres sospecha él mismo tiene TDAH, es bueno que lo verifique y que comparta esto con su hijo. En el caso que el niño o niña nos refiera que se ha dado cuenta que tal o cual niño tiene problemas parecidos, se podrá explorar similitudes y diferencias. Siempre haremos hincapié en cómo afrontar el problema o bien: ¿Qué hace? Pero nos abstendremos en decir que tiene TDAH, simplemente diremos que tiene parecidos y diferencias.



Establezca adecuadas fronteras: ¿Qué es y no es TDAH?

En este aspecto es importante que el niño comprenda que el TDAH no es una manera simpática de decirle “tonto”. Hay que señalarle que los niños con TDAH se distraen o tienen dificultades para controlar su movimiento o prestar atención, pero que no debe pensar que es tonto. Es bueno decirle que si a veces no resuelve un problema es porque no se da el tiempo para pensarlo, que puede haber estado distraído cuando le enseñaron a resolverlo o que no ejercitó lo suficiente; pero eso no es falta de inteligencia, sino que debes darte más tiempo para pensar; debes atender mejor a las ex-

plicaciones de la maestra, practicar hasta que todo te salga con facilidad. Es bueno describir estas situaciones en forma positiva como lo acabamos de hacer. También es bueno que le señalemos que existen personas que tuvieron muchas dificultades de aprendizaje y atención y que no por eso eran tontos, por ejemplo, Albert Einstein y Thomas Edison.

¡Cuanto antes mejor!

Los niños comienzan a percibir a temprana edad que tienen dificultades, problemas o diferencias que no alcanza a comprender apropiadamente.

Son realmente muy sensibles a las diferencias y efectúan toda clase de de "odiosas" comparaciones, nos guste o no. Hagamos un poco de memoria. ¿No sabíamos quienes eran los mejores leyendo o resolviendo cálculos? ¿Quiénes eran los que "gambeteaban" mejor o corrían más rápido? Al fin de cuentas, cuando debíamos armar equipos para algo, sabíamos a quien nos convenía tener nuestro equipo.

Por otro lado, los niños utilizan estas diferencias no solo para elegir compañeros de equipo, sino también para molestar o hacer burlas. Así es que los niños, muy pronto saben que hay diferencias: el problema es cómo se les explica y cómo han de afrontarlo.

Los padres que tienen un diálogo abierto y franco con sus hijos desde un primer momento podrán ser fuente de explicaciones, apoyo y estrategias de afrontamiento.



Cree contextos favorables para hablar con su hijo/a

De la misma manera en que es apropiado tener momentos para jugar con los niños despreocupados de las necesidades de educarlos e instruirlos, simplemente disfrutando del hecho de jugar; es necesario hacerse

un momento especial para dialogar. Tener tiempo suficiente, libre de interrupciones, tranquilo y sin la carga de una tarea previa o posterior que cree tensiones. Además, se debe elegir un momento en que ambos se encuentren de buen humor.

Por ejemplo, si un niño ha venido rabiando porque ha traído una mala nota de la escuela por su comportamiento ya que se burlaron de él y respondió a los empujones o cree que la maestra ha sido injusta y está de mal humor: No tiene ningún sentido intentar hablar con él. Debemos buscar un momento en que haya mejorado su humor; e incluso propiciar una actividad placentera, aclarando que luego hemos de hablar con él.

Dialogue y sea breve

Los padres tenemos las tendencias a los discursos, conferencias e interrogatorios. La idea es dialogar, proporcionar apoyo y estar dispuesto a escuchar. Para eso es importante adoptar una actitud de genuino interés por su punto de vista del niño, hacer solo las preguntas necesarias y tratar de hablar de manera breve y simple. Además, es importante que usted tenga un plan: su hijo o hija no puede "comerse y digerir" toda la "torta" de información de una sola vez.

En el ejemplo anterior, deberíamos quizás en enfocarnos en la cuestión de por qué cree que la maestra ha sido injusta y recordar que en un diálogo se puede evitar asumir la posición de juez y ser comprensivo: "Comprendo que pienses que la Señorita ha sido muy injusta porque sólo te ha castigado a ti y no a tus compañeros". Veremos cuando es el momento de conversar de cuál es la manera más apropiada de afrontar las burlas, eso sucederá más rápido si se ha creado una atmósfera de comprensión.

Adecue las explicaciones a cada momento del ciclo vital de su hijo y a sus características

Cada edad tiene sus propias capacidades cognitivas y emocionales y a cada edad le corresponde un lenguaje y una determinada capacidad de respuesta emocional. Proporcione la información que resulte relevante de acuerdo a su edad y a su propio nivel de madurez.

Puede ser útil utilizar palabras que él o ella habitualmente utilice, es decir, su propio lenguaje. La cantidad de información se va ajustando a medida que el niño crece. Se

facilita mucho si los padres toman por costumbre dialogar con sus hijos y tratar de escuchar más y hablar menos.

Utilice comparaciones y metáforas simples

La simplicidad aquí es importante. En niños pequeños no debe abusar de las metáforas porque ellos tienden a tomarlas de manera bastante literal. Aunque hay algunas que pueden ser fáciles de comprender. Por ejemplo, suelo decirles a mis pacientes que yo, al igual que alguno de sus compañeritos, necesito de lentes para poder ver bien.

Le cuento que desde pequeño necesité de ellos para ver igual que los demás y hacer las mismas cosas, le explico que su medicación (para los casos en que es necesario que la tomen) es una manera de ayudar a su cerebro a prestar atención. Los lentes ayudan a mis ojos y la pastilla "ayuda a tu cerebro" o "ayuda a tu cabeza" (si es muy pequeño).

En otros casos, los niños se quejan de por qué tienen que trabajar más duro que los demás en un tema específico. En esos casos, es bueno disponer de alguna historia personal o de alguien de su conocimiento que le muestra como las personas aprendemos diferente y a velocidades diferentes.

Planifique por anticipados las conservaciones con su hijo/a

Cuando su hijo o hija comienza con un tema difícil, no tenga miedo en dejarlo para después. Prepárese: piense el tema, convérsele con su esposa/o y si es necesario consulte con el profesional que los ayuda. Luego piense qué va a decir, cómo va a decirlo y anticipe obstáculos. Si es necesario ensaye con su esposo/a y luego proceda.

Tenga material disponible para su hijo/a

Existe una pequeña cantidad de material disponible en español que los niños pueden leer. Le sugerimos ver en la página web de www.addwarehouse y en la web del Grupo Albor Cohs donde puede encontrar un libro muy bonito "Rubén el niño hiperactivo".

29 | Consejos Breves para Padres

- ☺ El diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad por medio de profesionales especialmente capacitados.
- ☺ Obtengan una devolución diagnóstica

específica: por ejemplo, “su hijo tiene problemas emocionales” no es un diagnóstico válido aunque podría ser la puntada inicial de una descripción, si fuera adecuadamente fundamentada. De ser necesario, solicite al profesional que efectúe el diagnóstico por escrito, que identifique el mismo de acuerdo a los códigos del DSM-IV o ICD-10.

- ☺ Inicien el tratamiento solamente con profesionales que tengan adecuada formación en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- ☺ Busquen información sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad prestando más atención a quienes tienen un sólido respaldo científico. En el campo del TDAH, como en cualquier otro aspecto de la vida, podrán encontrar opiniones diferentes, pero sepan diferenciar entre discusiones científicas y aquellas que son solamente pseudo científicas.
- ☺ No se conformen con un listado de problemas o síntomas: “lados débiles”, procuren desarrollar una perspectiva integral de su hijo, para lo cual tengan bien presentes tanto ustedes como los profesionales sus virtudes: “lados fuertes”. No irán lejos en el tratamiento de si no revalorizan a su hijo ante ustedes mismos.
- ☺ Obtengan un Tratamiento Multimodal. Los fármacos a veces son imprescindibles, pero no menos necesario es aprender formas nuevas para educar al niño y que éste, desarrolle estrategias tanto para afrontar las dificultades del TDAH como para potenciar sus aspectos positivos.
- ☺ Una parte esencial del Tratamiento Multimodal es el Entrenamiento de Habilidades Parentales. No se conformen con consejos del tipo: “póngale límites”, “pase más tiempo con su hijo”. Demande que el profesional le transmita una metodología para cambiar la relación con su hijo en una dirección positiva, lo oriente y supervise en esos esfuerzos.
- ☺ Organicen actividades en las que ustedes tengan una involucración positiva con su hijo, en el entrenamiento parental se les enseñará “el tiempo especial de juego”, pero además seleccionen actividades artísticas, recreativas, deportivas, de hobby, etcétera que favorezcan una conexión positiva.
- ☺ Pidan información concreta sobre qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de manera tal que ustedes piensen y sientan que ahora “entienden” por qué su hijo se comporta como se comporta.
- ☺ No necesitan buscar una escuela para

niños con TDAH. Busquen una escuela con autoridades y docentes que conozcan el trastorno, lo comprendan, sepan cómo remediarlo, al menos parcialmente, mediante adecuadas intervenciones en el aula y/o modificaciones en la instrucción o el currículo (o se hallen dispuestas a aprender).

- ☺ Busquen una escuela que disfrute de la interacción con profesionales externos y esté dispuesta a dialogar con ellos sobre los cambios que la escuela puede favorecer tanto desde la óptica educacional como psicológica y social.
- ☺ Comprometa al profesional que atiende a su hijo a que brinde asesoramiento a la escuela si la escuela no dispone de los conocimientos o profesionales de las ciencias de la educación entrenados.
- ☺ Si la escuela dispone de conocimientos y profesionales tienda los puentes para que quienes trabajan con su hijo fuera y dentro de la escuela elaboren consensos.
- ☺ Colabore intensamente con la escuela de sus hijos, aprendan a desarrollar programas de intervención en forma conjunta.
- ☺ El 50% de los niños con TDAH padecen otro trastorno en comorbilidad (es decir, que tienen más de una dificultad o trastorno), por ende asegúrese de que se han diagnosticado correctamente todos los aspectos del problema. Muchas veces el diagnóstico debe ser Multidisciplinario.
- ☺ Busque el tratamiento apropiado y más eficaz para cada uno de los trastornos acompañantes. Si hay trastornos de aprendizaje deberá realizar un tratamiento psicopedagógico, etcétera. En estos casos, es muy importante que un profesional tome la responsabilidad de “administrar” el caso, de forma tal que los profesionales involucrados acuerden con ustedes un plan de trabajo.
- ☺ La educación de un niño con TDAH puede ser una tarea difícil aunque excitante. Los padres deben prestarse apoyo recíprocamente, ser equilibrados, justos y ejecutivos en la resolución de problemas.
- ☺ Manténganse calmos: ustedes no pueden darse el lujo de perder la calma con la misma facilidad que su hijo cambia de canal el televisor. Conozca cuáles son las situaciones que lo perturban más y desarrolle estrategias para afrontarlas. La ira de los padres en vez de disuadir ciertos comportamientos tiende a potenciarlos.
- ☺ Parte de la Ayuda que deben prestarse es tener claro cuándo deben actuar juntos y cuándo turnarse de forma tal de



evitar la sobre exposición.

- ☺ Muchos padres tienden a aislarse social y familiarmente como consecuencia de las disconductas del niño. Esto se debe evitar, por ejemplo, poniendo en práctica estrategias que faciliten al niño el desarrollo de sus habilidades sociales. Existen programas de entrenamientos de habilidades sociales y técnicas de modificación comportamental para conseguir que su hijo se comporte más apropiadamente fuera del hogar.
- ☺ Los padres deben proveer a su hijo de un ambiente estructurado con moderación pero sin rigideces innecesarias: horarios de comida, sueño, estudio y esparcimiento deben estar ordenados razonablemente.
- ☺ Si el entrenamiento parental no ha logrado que los padres puedan trabajar de manera conjunta y apropiada, se debe considerar la Terapia Familiar. Recomendamos los abordajes sistémicos. No vacilen en pedir ayuda para ustedes mismos.
- ☺ Los niños con TDAH pueden beneficiarse en extremo de la realización de actividades físicas, éstas no lo curan, pero siempre es preferible que haya participado de actividades deportivas, especialmente grupales, a que haya pasado la tarde mirando televisión. Esto en función del común déficit social que presentan muchos niños con TDAH.
- ☺ Alienten también las actividades creativas, ligadas a todas las formas artísticas: pintura, dibujo, música, etcétera; pero en contextos estructurados.

- ☺ Los movimientos ociosos de su hijo que no perturben o sean peligrosos no deben ser bloqueados. A la larga el niño hablará en conseguir lo que usted quiere y simplemente habrá aumentado su nivel de stress. Concéntrese en restringir sólo lo que es necesario.
- ☺ Ayude a su hijo a manejar la tendencia que tiene de querer tocarlo todo, por ejemplo, proporciónale un objeto o juguete para manipular en las situaciones que debe permanecer mucho tiempo sentado (en un viaje, por ejemplo), favorezca la presencia entre sus juguetes de equipos que el permitan manipulaciones y armados de estructuras tridimensionales, y si su hijo, mientras presta atención necesita manipular un objeto permítalo siempre y cuando “realmente” preste atención.
- ☺ Establezcan límites claramente delimitados: por ejemplo, si está tratando que el niño aprenda respetar una regla específica coloque carteles recordatorios, explique cuál es el comportamiento correcto, ejecútelo usted mismo como demostración y haga que lo reproduzca: insista hasta haber moldeado correctamente la respuesta.
- ☺ Realicen una especificación precisa y concreta de qué comportamientos consideran aceptables y cuáles no. Confirman que el niño conoce el desempeño que se le solicita (por ejemplo, por el procedimiento recién descrito).
- ☺ Establezcan consecuencias positivas o negativas claramente. El niño debe saber con exactitud cuáles serán las consecuencias de sus conductas.
- ☺ Provea control, dirección y supervisión estrecha. La mayoría de los niños con TDAH responden “casi” normalmente en situaciones de uno a uno, especialmente si se refuerza en forma positiva su comportamiento.
- ☺ Organice y supervise su agenda: un momento y un lugar para cada cuestión. No vacile en que esa agenda sea un inmenso letreiro en la habitación del niño. Supervise y aliente su uso.
- ☺ Ayuden a su niño a organizarse, dividiendo las tareas en partes que él pueda manejar: por ejemplo, si un niño de 7 años debe hacer una tarea tediosa que lleva 30 minutos para ser ejecutada, puede ser apropiado dividirla en tres partes con pequeños y breves descansos. Supervise estrechamente.
- ☺ Tome conciencia de las capacidades reales de su hijo en cada momento y no lo empuje más allá: suba la escalara un peldaño por vez.
- ☺ Asegúrele un lugar tranquilo despejado



de distractores para trabajar en el hogar: nada de televisión o música cantada; el escritorio preferentemente contra una pared sin demasiadas cosas atractivas, aunque allí bien puede estar su horario escolar, su agenda y recordatorios escolares.

- ☺ Regule la cantidad de tiempo en que tiene acceso a la televisión o video games. No es necesario prohibirlos ni apropiado, pero establecer un límite horario es prudente. Las capacidades atencionales de un niño no mejoran cuando mira televisión, aunque sí “deje de molestar”.
- ☺ Ayuden a que establezcan prioridades sobre criterios eficaces. Los niños con TDAH cuando tienen más de 3 o 4 tareas a ser ejecutadas pueden presentar problemas en hacer un plan y ejecutarlo ordenadamente.
- ☺ Premie a su hijo frecuentemente y en especial, de forma cercana al momento en que ha exhibido un buen comportamiento. Prefiera las recompensas (¡Qué bien que lo has hecho!) a los castigos (¡Nunca vas a cambiar!). Premie, aliente, apruebe y asista, más que corregir y castigar.
- ☺ Si tiene que reprobar una conducta, ponga en práctica formatos positivos. Por ejemplo, en vez de decir: “No me grites” o “Hables en ese tono” usted podría decirle: “Desearía seguir conversando contigo de esto cuando me hables respetuosamente”. Una vez que el niño exhibe el comportamiento correcto, no vacile en reconocerlo.
- ☺ Si el niño tiende a ser opositorista y argumenta en exceso en vez de seguir instrucciones, no aliente este comportamiento permitiendo esos largos co-

mentarios y tome distancia. Espero otro momento para continuar el diálogo pero no negocie.

- ☺ No permita que las dificultades hagan que la mayoría de las interacciones con su hijo sean negativas; signadas por castigos, comentarios adversos, críticas, etcétera. Por ejemplo, manténganse atentos a los aspectos positivos de conducta y hágase saber. Muchos padres necesitan ayuda para abordar esta tarea, los años los han enfocado excesivamente en lo disfuncional.
- ☺ No abandonen el tratamiento, el TDAH es “crónico”, en especial, los síntomas de inatención e impulsividad tienden a continuar durante la adolescencia y en la vida adulta, aunque sí se modera la hiperactividad.

30 | Consejos breves para afrontar situaciones escolares en el hogar

- ☺ Trate de tener formas de comunicación fluidas con los padres de otros niños: necesitará con frecuencia solicitar información.
- ☺ Para minimizar al máximo el punto 1 será necesario que coordine con el docente un sistema (Hoja o Tarjeta Diaria) para asegurarse de que el niño trae por escrito las asignaciones para ser realizadas en casa. Para minimizar el trabajo escolar en casa es necesario que el niño aumente la cantidad de trabajo que realiza en la escuela: por ende es necesario coordinar con el docente acomodamientos áulicos, el uso de la Tarjeta Diaria y obviamente, la medicación, de ser necesaria.
- ☺ Las situaciones de estudio en el hogar deben estar marcadas claramente por ciertas rutinas: un momento específico, tranquilidad en el ambiente y en el espíritu. Por ende, el ambiente agradable, estructurado, seguro, motivador. ¿Cómo puede ser motivador estudiar?
- ☺ El niño debe ser motivado a estudiar por medio de refuerzos. Por ejemplo, el niño puede estudiar de 18 horas a 19 horas. Teniendo permiso para utilizar la computadora para juegos o acceso a Internet de 20 horas a 21 horas. Si el niño realmente está muy apasionado por hacerlo antes (entre 19 horas y 20 horas), puede ganarse ese derecho, si conquista 20 fichas durante el periodo de estudio. Así es que el padre o madre que acompaña el esfuerzo del niño va bonificando sus esfuerzos dándole fichas o casti-



gando sus desatenciones quitándoselas. Las reglas en esta situación deben estar explicadas de forma clara y específica.

- ☺ Toda la interacción debe ser en un clima de respeto y confianza. Muchos padres refieren que esto ya no es posible: puede ser indicado que el niño por un tiempo realice las tareas con otra persona si el vínculo está tan afectado.
- ☺ Si el niño está medicado durante el horario escolar pero no lo está en el momento de hacer las tareas: divídalas en espacios de tiempo que sean manejables, organice "mini-recreos" y/o evalúe con el profesional la conveniencia de obtener la ayuda farmacológica. Mantenga contacto estrecho con el médico tratante.
- ☺ Defina claramente sus objetivos con el niño: planifique con el niño qué, cómo y cuánto se va a realizar cada día.
- ☺ Para asegurar y mantener la estructura de la situación de estudio en el hogar no vacile en proporcionar listados de las reglas básicas y/o colocar recordatorios a la vista del niño.
- ☺ Asegúrese que el niño conoce el comportamiento positivo solicitado: modele y/o utilice "juego de roles".
- ☺ Controle el nivel de distractores y/o estímulos presentes en el lugar de estudio: apague televisores y evalúe la conveniencia o no de la presencia de otros niños haciendo también la tarea. En estos casos, es probable que deba utilizar un sistema de fichas con todos para asegurarse el orden.
- ☺ Procure aumentar la información audiovisual para mejorar el rendimiento del niño en el análisis de instrucciones escritas.
- ☺ Siente al niño en una posición próxima a la suya y mantenga frecuente contacto visual. Salvo en niños muy independientes, es difícil conseguir buenos logros si se deja la habitación. Frecuentemente verifique el desempeño del niño.
- ☺ Aliente que corrija sus trabajos en vez de señalarle directamente los errores.
- ☺ Tolerar los movimientos ociosos que no perturben el trabajo propio y/o ajeno (si

otros hermanos están estudiando en el mismo sitio).

- ☺ Manténgase atento a los indicadores de tensión, estrés, excitación y/o aburrimiento del niño para actuar en forma preventiva. Puede disminuir las dificultades por medio del aliento o un pequeño recreo.
- ☺ Obtenga un adecuado comportamiento preatentivo de su hijo cada vez que le ha de explicar algo debe mantener contacto visual con usted o con el material de trabajo (si no lo hace puede retirarle fichas, según el programa ya explicado y si lo hace, agregarlas).
- ☺ Mientras el niño trabaja, aunque usted esté realizando otra actividad, trate de no darle la espalda.
- ☺ No imparta más de dos o tres instrucciones/consignas a la vez.
- ☺ Aliente a su hijo a presentar dudas, nunca se moleste por tener que volver a explicar algo.
- ☺ Asegúrese que han comprendido un concepto antes de introducir otro. Al presentar cada concepto utilice frases con una sintaxis simple y un vocabulario con el que los niños se hallen familiarizados.
- ☺ Verifique que dispone de todos los elementos antes de comenzar.
- ☺ Ayude a que su hijo no olvide llevar las tareas, cuadernos o elementos a la escuela, estableciendo un momento especial para organizar la cartera o mochila. Colocar la misma en un lugar próximo a la puerta de salida escuela, ni bien se termina de estudiar.
- ☺ Elabore un consenso con el niño/a de cómo organizar el cuarto y la superficie de trabajo del niño/adolescente. Hay que ayudarlo a mantenerse organizado. Involucra activamente al interesado.
- ☺ Asegúrese de tener con la maestra un eficaz medio de comunicación, instruya en forma apropiada en el uso de una agenda común o especial (electrónica) con múltiples alarmas.
- ☺ Determine un compañero de clase para que actúe como punto de referencia permanente para que el niño/adoles-

cente con TDAH lo consulte dentro o fuera de la escuela.

- ☺ Enseñe como realizar un plan o bien consiga que alguien lo haga por usted. Por ejemplo el plan debe tener los siguientes elementos: a. hacer una lista de actividades; b. registrar esa lista en el cuaderno de asignaciones, agenda o planificador electrónico; c. obtener un revisión diaria y d. supervisar con frecuencia hasta lograr rango de hábito.
- ☺ Enseñe o bien consiga que alguien lo haga por usted a establecer prioridades en la lista de actividades y no permita que la lista tenga nunca más de 7 elementos, enseñe a partirla por grupos, proyectos o temas. Instruya en cómo distribuir las en el tiempo, utilizando la agenda o planificador.

31 | Adolescentes y Tareas

El momento de la "tarea para el hogar" siempre es crítico para padres y niños con TDAH. A medida que el "niño" deja de ser niño y se acerca a la pubertad los problemas crecen y cambian. Estas transmutaciones ya han concluido durante la adolescencia y se encuentran totalmente establecidas. Los padres afrontan un dilema que las siguientes preguntas tratan de explicar:

- ☺ ¿Cuál es el grado de implicancia y retiro necesario?
- ☺ ¿Cuánto y cómo supervisar?
- ☺ ¿Cómo desarrollar la autonomía del adolescente sin que éste fracase por la procrastinación excesiva?

El adolescente demanda libertad en general, pero en este caso específico, demanda que le dejemos solo con su tarea y su escuela: "No se metan, ya soy grande, la escuela es mi problema..." Los padres de aquellos pacientes que ya no son niños con frecuencia traen estas palabras y preguntan acerca de la conducta más apropiada. Sienten, por un lado, que el reclamo es lógico y que sería maravilloso que sus hijos pudieran respaldar tales expresiones con hechos. Muchos

no ceden y siguen involucrados, sintiéndose hasta culpables de la inmadurez de su hijo, diciendo por ejemplo: "nunca aprenderá a hacer las cosas por sí mismo ya que estoy siempre encima de él". Obviamente, no habría ningún problema si el adolescente, afrontara de manera autónoma y eficiente sus responsabilidades escolares, es decir, si preparara sus exámenes apropiadamente, realizara sus tareas, mantuviera en orden sus materiales escolares e hiciera algo aceptable para avanzar en sus estudios. Lamentablemente, si los padres no prestan algún grado de supervisión, mucho de estos jovencitos enfrentan el fracaso.

Por consiguiente, la cuestión central es ¿Cuál es el grado de implicancia que los padres deben tener en la supervisión de sus hijos adolescentes? No existe una respuesta fácil ni universal, fundamentalmente, porque los adolescentes con TDAH sólo existen en la teoría, en la vida real, está "su hijo". Obviamente, la severidad en sí de los síntomas será una cuestión central a tomar en cuenta y las habilidades ya demostradas del niño deben ser tomadas en cuenta. A continuación algunos consejos útiles.

- ⊙ Mantenga un grado de implicancia importante en las "tareas" de su hijo adolescente si éste no puede mostrarle que utiliza de manera exitosa una agenda, el horario escolar y que organiza aceptablemente su día de trabajo. Si el adolescente no puede demostrar que puede planificar la relación entre tareas y tiempo, "tomar distancia" sólo servirá para verlo hundirse hasta el cuello en su desorganización, tendencia a procrastinar y dificultades para estimar la duración de las tareas.
- ⊙ Si el adolescente demanda menor implicancia, impóngale como condición el cumplimiento de los requisitos explicitados en el punto 1. De esta manera, la discusión deja de ser teórica y él dispone de un método de conseguir lo que quiere y usted de uno para verificar que está en condiciones de tener "libertad vigilada". Aplique la estructura de un contrato comportamental en el que ambas partes se obligan de buena fe al cumplimiento de cláusulas razonables (alcanzables).
- ⊙ Mantenga un grado de implicancia importante en la supervisión de la medicación hasta que observe que la toma en los horarios y días establecidos de manera apropiada.
- ⊙ Si el joven demanda que usted lo "deje" manejar la cuestión por su cuenta. Proceda a la contabilización de pastillas (esto evita las tomas excesivas, hecho muy infrecuente) y a monitorear aquellos

comportamientos que son indicadores más claros de que No está tomando la medicación: tareas incompletas, disminución en la cantidad de horas de estudio, desorganización en los materiales de estudio, cambios en el apetito, etc.

- ⊙ Permítale organizarse de diversas maneras, es decir, mantenga abiertas las opciones. Favorezca que él elija dónde estudiar, a qué hora debe comenzar a hacerlo o en qué orden debe abordar ciertas tareas. Usted establezca directrices generales sobre las horas de sueño y alimentación.
- ⊙ Favorezca que los métodos de organización tengan un despliegue gráfico: horarios, programas de trabajo, agendas y recordatorios visuales que puedan pegarse en superficies visibles. Esto facilita supervisar si "está en movimiento" o "estancado".
- ⊙ Evite las confrontaciones innecesarias, especialmente, igualando el tono emocional. Si el se enoja o irrita usted no debe perder la calma. Es asombroso con qué facilidad los padres se dejan arrastrar a confrontaciones verbales con sus hijos con descargas cruzadas de ira.
- ⊙ Evite ser exigente en los momentos del día en que su perfil atencional decae. Por consiguiente, debe conocer cómo fluctúa el perfil atencional de su hijo: ¿Cuándo atiende o estudio mejor?
- ⊙ Por consiguiente, exija que estudio en esos periodos. Muchos adolescentes insisten en estudiar a última hora del día, cuando en verdad, puede no ser un momento en el que dispongan de un buen perfil cognitivo.
- ⊙ Supervise que las horas de sueño sean suficientes. Nadie puede obligar a dormir a nadie, sólo podemos crear condiciones para ello, establezca un tope para las horas de circulación libre por la casa. Si en forma frecuente su hijo tiene problemas para conciliar el sueño y recién se duerme a altas horas de la noche, consulte con su médico y/o terapeuta.
- ⊙ En las materias que el adolescente pre-

senta dificultades no se conforme con "no tengo tarea". Establezca horas específicas para que trabaje en ellas, si es necesario con un maestro auxiliar. Es imprescindible para hacer viable este consejo que se le dé el formato de un Contrato Comportamental, por ende, el adolescente accederá a realizar el esfuerzo extra a cambio de la obtención de un privilegio determinado.

- ⊙ Facilite el uso de computadoras, en especial si su redacción manuscrita es deficiente. Instrúyale en técnicas de organización de sus materiales dentro de la computadora, aunque es más probable que él lo sepa mejor que usted (aunque no lo use).
- ⊙ Facilite una agenda electrónica o reloj con alarmas múltiples que le permitan recordar los momentos en que debe comenzar ciertas actividades. Las alarmas no sirven de gran cosa frente al comportamiento oposicionista, pero sí lo son, frente a las distracciones y la desorganización.
- ⊙ Es importante que organicen su trabajo siguiendo pautas realistas en cuanto a la regulación del esfuerzo y el uso del tiempo. Aliéntelo a conocer su estilo atencional, a dividir las tareas y a crearse apropiados métodos de auto evaluación y auto motivación. Por ejemplo, un adolescente interesado en el ajedrez, estudiaba periodos de 20 a 30 minutos y hacía un alto, jugando en la computadora ajedrez partidas rápidas de un máximo de 10'.
- ⊙ Quizás, ya no podrá estar en la misma habitación o sentado a la mesa "haciendo que estudie" como cuando era niño. Sin embargo, supervise con frecuencia y si éste reacciona con fastidio, resuelva el conflicto sobre la base de un Contrato Comportamental (con los adolescentes es altamente importante acordar objetivos específicos y de manera consensuada).
- ⊙ Si el adolescente tiene una actitud abiertamente oposicionista, no insista con la supervisión, pero requiera asistencia profesional inmediata. Recuerde que la asociación de un TDAH con un Trastorno Negativista Desafiante severo en la adolescencia es un caso de alto riesgo.
- ⊙ Mantenga una posición positiva: esté atento a sus esfuerzos, cumplimientos y éxitos para premiarlo y alentarlos de manera frecuente. En especial antes sus progresos. Recuerde que un adolescente con TDAH necesita tanto refuerzo motivacional como un niño con TDAH, aunque con variaciones en los espacios temporales y en la actitud.



- ☺ Combata la tendencia del adolescente a dejar para después todo lo que no le gusta, son obligaciones o requieren un esfuerzo cognitivo mediante contratos comportamentales que establecen momentos de corte definitivo: hasta tal hora si cumples ¡Ganas!, de lo contrario: ¡Pierdes! Pero recuerde que no es una competencia y usted quiere que él gane.
- ☺ Aliente el trabajo en compañía de pares, particularmente si se trata de adolescentes que pueden modelarle conductas que el necesita desarrollar
- ☺ Ayude al joven a desarrollar técnicas de organización, memorización, estudio y automonitoreo. Frecuentemente, es necesario que otra persona asista al joven en el desarrollo de estas habilidades.

31 | Consejos breves para docentes de EGB 1

El docente puede ayudar al niño con TDAH a través adecuaciones áulicas.

Enseñar y obtener comportamientos pre-atentivos.

El docente debe conseguir el aula tenga un clima apropiado para iniciar la instrucción, los alumnos deben exhibir una disposición mínima para atender, disponer los materiales, oír las instrucciones y proceder a sentarse el tiempo mínimo y necesario para la concreción de la actividad.



Acomodar al niño en un sitio preferencial. Esto implica la utilización de tres variables diferentes: lugar físico, distancia del docente y compañeros involucrados. El manejo del espacio implica intervenir sobre variables atencionales pero también conductuales.

Primera fila y en proximidad al docente. Es conveniente sentar al niño en la primera o segunda fila, permaneciendo incluido dentro del grupo, pero en una posición próxima al escritorio del docente y al pizarrón. Así podrá reorientar su atención con mayor facilidad y crear una situación

más estructurada y de "grupo pequeño", situación en la que los niños con TDAH adquieren mucho mejores. Mantener un contacto visual estrecho. Debe mantenerse de frente al grupo la mayor parte del tiempo posible. Los niños desatentos deben ser instruidos y supervisados más frecuentemente, pero no con exclusividad, sobre el desarrollo de esta habilidad (la de mantener contacto visual con el docente).

Seleccione apropiadamente sus compañeros más próximos. Ver "Mejorando las relaciones sociales del niño con TDAH..."

Eliminar distractores y manter nivel adecuado de estimulación.

Debe comprenderse en el sentido de crear un ambiente que tenga un nivel de estimulación sensorial apropiado, predecible y de bajo stress.

Estructurar la actividad en el pupitre.

Conseguir que el niño trabaje solo en su pupitre, no interrumpa sus actividades y no perturbe el trabajo de los demás se logra combinando métodos distintos:

- Asegúrese de que el niño ha comprendido la consigna
- Asegúrese de que el niño puede recurrir a usted no bien "se pierda".
- Enseñe y valore que todo el grupo áulico tenga la superficie de trabajo sólo con lo necesario para la tarea en curso.

Aprovechar la posición preferencial para codificar los llamados de atención.

El docente puede convenir con el niño que, cada vez que le sea posible, habrá de efectuarle llamados de atención mediante un método determinado (tocarle un hombro, por ejemplo).

Reforzar positivamente la actividad orientada hacia la tarea.

Recuerde que los niños con TDAH requieren que sus refuerzos positivos y más frecuentes que otros alumnos, por consiguiente cuando el niño exhibe el comportamiento apropiado el docente debe reforzarlo en forma positiva a través de comentarios relativamente inmediatos.

Mejorar las relaciones sociales del niño con TDAH a los efectos de mejorar su comportamiento y perfil atencional.

El siguiente una listado de consejos posibles:

Compañeros cercanos. En una aula organizada en hileras, seleccione el compañero tratando que sea tranquilo, responsable, que guste de compartir actividades y de merecimientos académicos buenos pero no excepcionales. Un criterio similar se debe elegir para seleccionar los alumnos

más próximos, aunque siguiendo un criterio menos estricto. Esta distribución debe hacerse tratando de no violentar las preferencias de los niños, pero sin resignar la autoridad del docente a la hora estructurar el grupo, ya que uno de los objetivos es que el niño con TDAH tenga "socios".

Trabajar intensamente la dinámica grupal. La utilización de grupos es un recurso frecuente en las aulas modernas, sin embargo, los docentes deben tener un rol activo en instruir a los grupos sobre formas apropiadas de trabajo grupal. De la misma manera en que se enseña el estándar de una tarea correctamente ejecutada, se deben establecer los parámetros para estas actividades. Veamos algunos consejos útiles:



Escenificación. Es el primer paso: el docente debe trabajar en forma grupal en el aula con grados variables de supervisión, antes que sea realmente útil trasladar esa actividad a situaciones de bajo o nula supervisión directa. Así podrá detectar problemas y desarrollar habilidades.

Muchos tipos de grupos. Hay muchas formas de organizar grupos. No siempre es bueno trabajar con la técnica del grupo de pares, en el que todos tienen roles similares. Entrene a desarrollar roles diferentes en los grupos de trabajo y a que roten intensamente.

Grupos ultra pequeños: tres o cuatro. Obviamente, es bueno organizar trabajos cooperativos de a dos, pero eso ya no es un grupo.

Responsabilidad grupal. Desarrolle el concepto de que todos son responsables por el resultado de la tarea y, parcialmente, por el desempeño de otros.

Manténgase involucrado y supervise. El grupo debe trabajar bajo la supervisión del docente en distancia variable de acuerdo a la madurez del grupo y a la dificultad de la actividad. La tarea tanto como la dinámica grupal deben evaluarse con frecuencia para

corregir desvíos y a la vez, mantenerse disponible para ayudar a resolver dudas y conflictos.

Entrenamientos en habilidades sociales, resolución de problemas y aprendizaje cooperativo. A través de estos medios se pueden conseguir buenos resultados con niños que incluso han fallado en desarrollar tales habilidades en el contexto áulico común.

Variabilidad y afinidad. El docente debe promover la variabilidad sobre la base de cualquier afinidad existente, además de la que propone la tarea .

El liderazgo de la tarea. Es útil, especialmente al principio, que la tarea ejerza un fuerte liderazgo, organizando las interacciones. Dar asignaciones concretas, bien definidas, con objetivos y tiempos específicos.

Refuerzos positivos y negativos. Los niños deben tener presente cuales son los beneficios y perjuicios tangibles del logro de un proceso apropiado.

Éxito. El docente debe esforzarse para que las interacciones grupales sean exitosas, aunque no se debe pensar solamente en el resultado de una tarea: hay que reforzar en mucho el grado de bondad de la interacción grupal.

Instruya a los compañeros en el "ignoring". Esta técnica debe usarse para evitar que el niño reciba refuerzos del medio social de cualquier comportamiento inapropiado. En tal sentido, se instruirá en ignorar comportamientos tales como chistes o bromas fuera de lugar: claro está que esta técnica se aplica a todo el grupo y no tiene porqué personalizarse.



Los polos idénticos "se atraen", aislarlos. Los niños con características similares se atraen, en especial referencia a los que son rechazados por los demás niños. No permita que niños con dificultades comportamentales y/o cognitivas se encuentren en las mismas zonas de trabajo, formen parte del mismo grupo, etcétera. El compañero de banco y aquellos de las zonas aledañas no deben tener en un nivel elevado ninguna de las siguientes características: desatención, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, competitividad, agresividad y/o un rendimiento escolar muy superior.

Aliene la vida social extra escolar. Cuando los niños han logrado desarrollar un nivel aceptable de actividad grupal en el contexto áulico y bajo estricta supervisión del docente, éste debe organizar actividades en tal sentido, pero en el que su presencia rectora se vaya desdibujando. Así es que dará tareas grupales para investigar en la biblioteca, para realizar tareas en el hogar de uno de los niños, etcétera.

Estructurar parcialmente los recreos. El único problema que pueden presentar estos niños en los recreos no es el de su movilidad, sino los relacionados con la impulsividad y la baja tolerancia a la frustración. Por ello, surgen problemas como en la integración social ya sea por el rechazo activo de los demás o bien, por la propia exclusión cuando no toleran el perder, ser "cargados" o no pueden imponer a los demás el juego que ellos quieren jugar. Una buena solución es introducir estructuración en los recreos, pautando ciertos juegos, etcétera (6 y +). Muchas escuelas han introducido la "ludoteca" a la que los niños pueden acudir para obtener juegos para ser utilizado en recreos y horas libres.

Manejo del tiempo

Los niños con TDAH sabemos que presentan dificultades en el manejo de las duraciones, tienen niveles de tolerancia a la frustración más bajos que otros niños, tienen dificultades metacognitivas: déficit de planeamiento y de organización del comportamiento en el tiempo (establecimiento de secuencias, monitoreo de las mismas, etcétera), déficit en el desarrollo de estrategias de aprendizaje y de resolución de problemas y, desde la óptica motivacional sabemos que les cuesta esforzarse en situaciones prolongadas, en la que no haya refuerzos inmediatos, etcétera.

Organice el horario en el marco de una agenda. No consideraremos solamente la distribución de las actividades dentro del día

o la semana, sino en lapsos más prolongados. Normalmente se articulan con el uso de una agenda. Los horarios deben estar en lugares visibles del aula, de los cuadernos y/o carpetas y en la casa.

Utilice módulos cortos de trabajo con descansos entre las actividades. Organice cada hora en distintos módulos con descansos intermedios, los cuales pueden funcionar como pequeños recreos: momentos de ordenar material o para rotar de una modalidad de abordar la actividad a otra. Por ejemplo, si un grupo trabaja en unas hojas, otro en la pizarra y un tercero efectúa modelando con masa ya sea letras o números, según corresponda, pueden rotar de una actividad a otra, etcétera.

Efectúe evaluaciones menos espaciadas. Las evaluaciones y/o pruebas deben actuar como realimentadores positivos de la actividad del niño, incrementando la posibilidad de un buen desempeño. Al generar evaluaciones cortas y menos distantes una de otras se trabaja en esa dirección.

Tiempo extra en las actividades. No es infrecuente que necesiten tiempo extra para sus actividades escolares dentro del aula. Pero durante las actividades es bueno reorientar su atención para evitar que se retrasen.

Fraccione la entrega de proyectos y/o asignaciones para el hogar. Cuando se dan tareas diferenciadas o encargos para el hogar, es adecuado permitir entregas parciales y programadas.

Momento de corte definitivo. El niño debe ser instruido en forma directa sobre el concepto de tiempo límite.

Estructurar para mejorar la atención y el rendimiento académico.

El niño con TDAH requiere, como señala S. Rief estructuración y entrenamiento en una serie de cuestiones.

- En cómo organizar sus libros, útiles, etcétera. El objetivo es que el niño sepa con precisión qué necesita para cada actividad y día de la semana. Es necesario coordinar esto con los padres para que el niño desarrolle en el hogar estos comportamientos.
- En cómo utilizar códigos de colores para las materias, de forma tal que haya una coincidencia absoluta entre los colores de los forros de carpetas, cuadernos y libros de una materia y el color con que se ha escrito el nombre de la materia en los horarios que el niño debe tener entre sus útiles y a la vista en su superficie hogareña de trabajo.



• En cómo organizar su lugar de trabajo en la escuela (y en el hogar).

Es útil que el docente obtenga que los niños vuelvan a poner en orden sus útiles, libros y cuadernos cuando se cambia de actividad. Enseñe al niño qué tipo de organización del espacio de trabajo es mejor para él..

• En cómo hace listas de materiales necesarios para una tarea y en cómo verificar que se los ha reunido antes de comenzarla.

• En cómo organizar su superficie de trabajo en la propia casa, para lo cual es imprescindible conversar con los padres.

• En cómo escribir sus asignaciones y tareas para el hogar.

En métodos efectivos de llevar listas de actividades y/o tareas pendientes.

• En cómo organizar esas listas y/u otras actividades según prioridades.

• En cómo planificar el trabajo diario y semanal.

• En cómo planificar las tareas de mediano plazo: si se trata de proyectos, aprender a dividirlo apropiadamente en partes. Usted debe supervisar estrechamente cada una de las partes.

• En cómo evaluar su propio trabajo para saber, sin la intervención del docente, cuando la presentación de una tarea cumple con un standard mínimo. Para ello, por cierto, el docente deberá enseñar qué considera él una tarea que cumpla con ese standard mínimo.

• A llevar un horario, una agenda y un calendario. Para lo cual nada es tan útil como llevarlos en el aula misma: por ejemplo, teniendo en un lugar visible de la escuela un horario y una agenda calendario en el que se registran todas las actividades programadas; de esta manera existe un recordatorio visual permanente y un lugar de consulta directa. La actualización de tales agendas calendarios debe estar a cargo de los niños mismos.

Todo lo que el docente haga en los sentidos expuestos debe ser instruido y de-

berá ser supervisado y reforzado en forma frecuente, hasta que los niños, individual y grupalmente se muestren ordenados aún sin su intervención directa.

A partir de allí, en forma diferenciada, podrá espaciar la supervisión y aceptar Compañeros cercanos.

Consejos en torno a la técnica general de instrucción

“Consejos para dar directivas e instrucciones” son útiles aquí. Podemos agregar los siguientes:

• Organice la presentación de la clase en módulos cortos.

• Instruya y supervise al niño en técnicas para llevar apuntes. Cuando esponga haga pequeños altos para que ellos puedan tomar sus notas.

• Tras la presentación de un concepto nuevo otorgue a los niños tiempo para elaborar cada concepto, si es posible entre ellos. En las elaboraciones grupales evite que el clima se vuelva excesivamente ruidoso o caótico.

• Utilice las elaboraciones del niño como una forma para recapitular.

• Utilice técnicas psicodramáticas y de juego de roles para que los niños profundicen su comprensión y tengan más posibilidades de adaptar a su propio estilo cognitivo el concepto que se está instruyendo.

• Aliente a los niños a presentar sus dudas.

• Asegúrese que han comprendido un concepto antes de introducir otro.

• Organice los debates de recapitulación en grupos, balanceando el nivel de pericia en cada uno de ellos.. Recuerde que no todo grupo de estudio y/o recapitulación tiene por qué tener miembros con roles idénticos y por ende otorgue estructura y organización a estos grupos. En la presentación inicial desarrolle el objetivo del tema

y asegúrese de que los niños se han identificado positivamente con ese objetivo.

• Desarrolle el tema recapitulando los aspectos que ya puedan haber sido estudiados o conocidos.

• Facilite que los niños puedan mostrar sus dudas.

• Involucra activamente a los niños en la recapitulación de lo que ellos saben y/o eventualmente, consiga que los niños exploren el tema en forma previa.

• Organice la exposición sobre la base de unos pocos conceptos.

• Al presentar cada concepto utilice frases con una sintaxis simple y un vocabulario con el que los niños se hallen familiarizados.

• Organice la exposición desde lo más concreto a lo más abstracto. Desde lo particular a lo general

• Exponga utilizando técnicas de instrucción multisensorial, especialmente, combine distintos canales de emisión y recepción.

• En las presentaciones verbales apóyese en métodos visuales, gráficos y supervise que los niños combinen apropiadamente prestar atención con tomar apuntes. Puede ser útil dar a los niños una guía sinóptica o bosquejo de su exposición.

• Organice la exposición de forma tal en que el grado de actividad tanto cognitiva como motriz de los niños sean variables.

• Trabaje en grupos

Intervenciones en torno a la hiperactividad

Las recomendaciones que se hacen están basadas en dos supuestos: si el trastorno es leve puede ser que el niño no se halle en tratamiento farmacológico y si el trastorno es moderado o severo, que el niño sí se encuentre medicado. En los casos en que el niño tiene un déficit atencional con hiperquinesia (TDAH) se recomienda la máxima libertad de movimientos posible dentro del formato que la institución tolere. Los padres harán bien en elegir una escuela que permita una enseñanza personalizada, en un clima flexible y tolerante. Sin embargo, quienes no pueden elegir colegios, deberán adaptarse a las posibilidades de la escuela pública. Los docentes de escuelas públicas encontrarán que pueden adaptar muchas de estas ideas.

Permita la mayor libertad de movimientos tolerado por la institución. Los movimientos, pueden ser diversos y la libertad se le debe permitir siempre que no interfiera en las actividades de otros. Es contraproducente pedirle al niño que no baile en su asiento, que no mueva los pies como péndulos, que no manipule objetos. Primero hay que promover el cambio ambiental para que no

moleste a otros ni a sí mismo, en segundo lugar se promoverá “el cambio interior”. *Establezca reglas claras sobre los movimientos.* El niño debe tener claro qué movimientos tiene permitidos, cuándo, cuánto y dónde.

No inhibir movimientos ociosos. Permitir movimientos en forma selectiva. Esta actitud le permitirá al docente concentrarse en lo que es verdaderamente importante para el proceso de aprendizaje como el de socialización. *No indique, encauce.* Con respecto a la manipulación de objetos se le debe permitir libertad, reorientándolo hacia el jugueteo con una goma (¡Hará menos ruido!), o en los grados superiores, enseñándole a llevar unos apuntes mínimos, lo cual le permitirá una mejor concentración que si le hubiésemos exigido que se quede quieto (el esfuerzo por quedarse quieto creará una fuente de stress contraproducente). Pero

es apropiado que conozca con precisión las consecuencias que debe afrontar. En este nivel, si no funcionan las reprimendas será de gran utilidad organizar un plan de modificación de comportamiento con la ayuda de un psicólogo con experiencia en tratamientos de conducta.

Evalúe frecuentemente los niveles de stress y excitación de niño. El docente debe identificar en forma rápida los indicios que muestran que el niño (o el grupo) se está excitando, frustrando, angustiando, inquietando o perturbando en exceso. De esta manera podrá evitar la aparición de pérdidas de control, ataques de rabia y/o llanto e incluso dificultades académicas.

Exalte el comportamiento apropiado. Una forma indirecta de control es exaltar en forma rápida y continua el comportamiento apro-

piado de movimientos aludida, pero estará dispuesto para intervenir de la manera más amable posible cuando el niño escriba desde una puesta del cuerpo que sea inestable: ya sea por torsión del tronco, o incorrectos apoyos del antebrazo o la mano. No debe vacilar en decirle al niño que fuera de la situación de escribir o dibujar se le permite que se “despartarre” un poco sin molestar a sus compañeros.

Regule el nivel de actividad de las tareas curriculares. En la planificación de las tareas y temas el docente debe dosificar el grado y forma de actividad con las que se las habrá de llevar a cabo. Mantener al niño sentado no es siempre necesario ni conveniente como tampoco mantener al niño recibiendo en forma pasiva las explicaciones del docente.

Dé mayor libertad para ir al baño. Esta recomendación es útil no solamente por la cuestión de la hiperactividad sino de la impulsividad y, eventualmente desde la óptica de los trastornos ansiosos. De hecho, muchas veces, la solicitud de ir al baño en medio de la clase acontece aún habiendo orinado en el recreo inmediatamente anterior. Puede ser por stress o ansiedad, pero acontece y no necesariamente es una especulación para abandonar la clase con cualquier excusa.

Permita al niño relajarse. Son muy variadas las circunstancias en las que puede ser apropiado brindar a los niños oportunidad para relajarse y distenderse.

“Prestar” control durante los recreos. La actividad de prestar control es un método de supervisión educativa sin fines disciplinarios y por ende, se lo debe distinguir de la “vigilancia” o “cuidado” que normalmente ejercen los docentes sobre el patio de juego.

No prohíba los recreos como método de castigo. En los niños hiperactivos es desaconsejable castigarlos a “perder” el recreo frente a una falta. Si ha decidido un castigo que involucre al recreo, piense uno en que el niño se mueva y a la vez no acumule ni rabia ni aburrimiento.



piado de cualquier niño, en especial del niño con TDAH. Destacando claramente cuál es el comportamiento correcto, en especial referencia a situaciones de respeto por las reglas y procedimientos. Sin embargo, no es bueno hacer comparaciones.

sí debemos requerirle los clásicos comportamientos pre-atentivos. *Haga que su inquietud sea una bendición.* La inquietud también puede ser una virtud y muchas veces connotada positivamente como “actividad” y “vitalidad”. Cuando lo vemos de esta manera, además de reorientarla se nos puede ocurrir utilizarla. Piense tareas que le permitan moverse, siempre que pueda utilice incentivos. Encárguele ir y venir a buscar cosas dentro de un criterio que no sólo le permita “moverse” sino que le haga sentir útil y responsable.

Reglas claras sobre la violación de normas. Si el niño desobedeciera las reglas fijadas,

Tolere selectivamente las posturas desmañadas. Hiperactividad y postura. La regla debería ser: permitir la mayor libertad de movimientos en la medida en que no interfiera en forma significativa con los demás y con su actitud postural. Así es que el docente nuevamente debe ejercitar “desatención selectiva” incluso explícita: el docente podrá formularse el plan de permitir la

Sobre el autor: Psicólogo egresado de la UBA. Especialista en la atención de drogadependientes y formado en terapia familiar con supervisores de la American Family Marriage and Family Therapy (AMFT). Es autor de “El niño que no podía dejar de portarse mal, TDAH su comprensión y tratamiento”; “Manual de niños con TDAH” y “Inquietos, Distráidos, ¿Diferentes?, Primer autor de “Los niños Hiperactivos; intervención clínica y educativa”, Co autor de “AD/HD ¿Qué es? ¿qué hacer?, Déficit de Atención, Bases Genéticas, Clínicas y Terapéuticas, Dificultad de Aprender .Ex Director de Docencia e Investigación de la Fundación TDAH, actualmente es Presidente de la fundación de Neuropsicología Clínica.

Escala SNAP versión de Swanson (SWAN)

Los niños pueden variar en la manera en que prestan atención y se le pedía que complete el mismo de acuerdo a los criterios que se indican a continuación:

-3 = Lejos por debajo del promedio,
 -2 = Debajo del promedio,
 -1 = Ligeramente debajo del promedio,
 0 = Promedio,

+1 = Ligeramente por encima del promedio,
 +2 = Por encima del promedio,
 +3 = Muy por encima del promedio

Elementos de la Subescala de Desatención	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
1. Presta atención a los detalles evitando cometer errores por falta de cuidado.							
2. Mantiene la atención durante el curso de sus trabajos o juegos.							
3. Presta atención cuando se le habla de manera directa.							
4. Sigue instrucciones y completa las tareas escolares.							
5. Organiza sus tareas y actividades.							
6. Se involucra en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.							
7. Cuida y sabe dónde están los útiles necesarios para sus actividades.							
8. Ignora los estímulos extraños o novedosos ajenos a la tarea en curso.							
9. Recuerda las actividades cotidianas.							
Elementos de la Subescala de Hiperactividad-Impulsividad	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. Permanece quieto, controlando movimientos de manos, pies y del resto del cuerpo.							
11. Permanece sentado (conforme a las reglas sociales).							
12. Modula apropiadamente su nivel de actividad (inhibe trepar o correr de manera inapropiada).							
13. Juega tranquilo (mantiene un nivel de ruido apropiado a la situación)							
14. Permanece quieto y tranquilo (controla el estar continuamente en movimiento)							
15. Modula el nivel de sus verbalizaciones (controla hablar en exceso)							
16. Reflexiona ante las preguntas (se controla y evita responder antes de que haya concluido la formulación de la pregunta).							
17. Espera su turno (permanece parado en filas o su turno durante juegos).							
18. Se introduce a conversaciones y/o participa en juegos controlando no interrumpir, entrometerse o molestar.							

La mejor de corregir la presente escala es simplemente, asignar un punto a toda puntuación que haya merecido como respuesta -2 o -3, si las respuestas de 1 a 9 suman 6 o más, el niño puede ser que tenga TDAH de predominio desatento, si la suma de las respuestas 10 a 19 es de 6 o más, puede ser que el niño padezca TDAH de

predominio de síntomas de Hiperactividad y si el resultado para el total de la escala es de 12 o más, sería apropiado considerar que el niño tiene TDAH de tipología combinada. Desde ya, esto no es hacer un diagnóstico, ya que deben considerarse otros muchos factores.

FUNDACION DE NEUROPSICOLOGÍA CLINICA PROGRAMA DE INTEVENCIONES AULICAS - TDAH

Prioridad de las recomendaciones:

- | | |
|---|--|
| 0 - No es recomendable para el alumno. | (se recomienda su uso de manera intermitente). |
| 1 - No es crítico su uso. | 3 - Recomendable |
| 2 - Es útil para el alumno | 4 - Altamente Recomendable |

Intervenciones - Inatención

0	1	2	3	4	Siente al alumno en un área tranquila
0	1	2	3	4	Siente al alumno cerca del pizarrón
0	1	2	3	4	Siente al alumno cerca o enfrente de un buen modelo
0	1	2	3	4	Siente al alumno cerca de un compañero tutor
0	1	2	3	4	Permita tiempo extra en las actividades
0	1	2	3	4	Incremente la distancia con otros pupitres
0	1	2	3	4	Permita tiempo extra para completar las tareas
0	1	2	3	4	Reduzca la extensión de las tareas y asignaciones para que coincidan con su tiempo de atención.
0	1	2	3	4	Divida las asignaciones prolongadas en partes que le permitan al alumno visualizar el fin de la tarea
0	1	2	3	4	Asista al alumno a establecerse metas cortas y realizables
0	1	2	3	4	Provea asignaciones o tareas de una a la vez para no sobrecargarlo
0	1	2	3	4	Reduzca la cantidad de tarea para el hogar
0	1	2	3	4	Instruya a los alumnos para auto monitorear su comportamiento según claves del docente
0	1	2	3	4	Dé instrucciones tanto de manera oral como escrita y oral (multisensorial)
0	1	2	3	4	Permanezca cerca cuando dé instrucciones
0	1	2	3	4	Provea la asistencia de un compañero en los apuntes
0	1	2	3	4	Permita que se tome notas por él con carbónico
0	1	2	3	4	Provea de manera breve, clara y concisa las instrucciones.
0	1	2	3	4	Involucre al niño en la instrucción.
0	1	2	3	4	Tenga un sistema de claves para ayudar al niño a mantenerse en la tarea
0	1	2	3	4	Evite estímulos auditivos y/o visuales inapropiados
0	1	2	3	4	Provea separadores en situaciones de estudio.

Intervenciones - Impulsividad

0	1	2	3	4	Ignore faltas menores
0	1	2	3	4	Provea refuerzo positivo de manera más inmediata
0	1	2	3	4	Administre consecuencias de manera más inmediata
0	1	2	3	4	Utilice la técnica de tiempo afuera (aislamiento)
0	1	2	3	4	Supervise de manera cercana durante las transiciones o momentos con menor estructuración
0	1	2	3	4	Utilice reprimendas de manera consistente (sin ser hipercrítico-a y evite dar sermones)
0	1	2	3	4	Preste atención y aliente los comportamientos positivos
0	1	2	3	4	Sea agradecido ante la conducta positiva
0	1	2	3	4	Establezca contratos de comportamiento
0	1	2	3	4	Instruya a los alumnos en técnicas de auto monitoreo comportamental
0	1	2	3	4	Llámelo o permita su participación sólo cuando su mano está levantada
0	1	2	3	4	Felicite y aliente al niño que responda después de haber levantado la mano
0	1	2	3	4	Supervise de manera frecuente cuando estudian en grupos
0	1	2	3	4	Utilice un abordaje basado en la resolución de problemas

FUNDACION DE NEUROPSICOLOGÍA CLINICA PROGRAMA DE INTEVENCIONES AULICAS - TDAH

Prioridad de las recomendaciones:

- 0** - No es recomendable para el alumno. (se recomienda su uso de manera intermitente).
1 - No es crítico su uso. **3** - Recomendable
2 - Es útil para el alumno **4** - Altamente Recomendable

Instrucciones - Hiperactividad

0	1	2	3	4	Permita a los estudiantes permanecer parados por turnos mientras trabajan
0	1	2	3	4	Provea oportunidades de locomoción: encargos, etc.
0	1	2	3	4	Provea descansos breves entre las tareas
0	1	2	3	4	Provea recuerdos para que el alumno evalúe si se comporta de manera atolondrada o con cuidado
0	1	2	3	4	Tolere movimientos ociosos sino son perturbadores
0	1	2	3	4	Tolere malas posturas o distónicas al recibir instrucción pero no al escribir mientras haya contacto visual

Intervenciones - Humor / Afectividad

0	1	2	3	4	Provea reaseguro afectivo
0	1	2	3	4	Retroalimiente de manera frecuente el trabajo escolar
0	1	2	3	4	Hable de manera tranquila y en tono bajo si observa al niño nervioso
0	1	2	3	4	Revise las instrucciones cuando debe dar nuevas asignaciones para asegurarse que han entendido.
0	1	2	3	4	Busque oportunidades de que los niños tengan oportunidades de liderazgo
0	1	2	3	4	Busque momentos para hablar a solas con el alumno y alentarlos
0	1	2	3	4	Refuerce y aliente cuando observe indicios de desaliento y frustración
0	1	2	3	4	Evalúe el nivel de stress e intervenga favorablemente
0	1	2	3	4	Hable con más frecuencia y más tiempo con niños que se enojan a menudo
0	1	2	3	4	Provea breves recursos frente a la ira: salir a caminar, buscar un lugar tranquilo, manténgase cerca, etc.
0	1	2	3	4	Aliente las interacciones sociales entre alumnos si el alumno es tímido o tiende a aislarse
0	1	2	3	4	Envíe notas positivas con frecuencia a los padres
0	1	2	3	4	Organización y Planificación
0	1	2	3	4	Provea reglas de organización
0	1	2	3	4	Aliente al niño a tener divisores apropiados en sus carpetas y cuadernos
0	1	2	3	4	Solicite ayuda parental para alentar y desarrollar habilidades de organización.
0	1	2	3	4	Utilice códigos de colores para horarios, forros o señaladotes
0	1	2	3	4	Utilice una agenda y/o cuaderno de tareas para las tareas en el hogar
0	1	2	3	4	Envíe informes diarios o semanales a los padres
0	1	2	3	4	Tenga libros y útiles extras en el aula para resolver emergencias
0	1	2	3	4	Solicite tareas una a la vez siempre que sea posible
0	1	2	3	4	Ayude al estudiante a establecerse metas cortas
0	1	2	3	4	No penalice la escritura pobre si hay dificultades motoras o visuales
0	1	2	3	4	Permita a los alumnos grabar sus tareas
0	1	2	3	4	Revise con frecuencia la organización del pupitre y de las carpetas/cuadernos
0	1	2	3	4	Escriba las tareas en un lugar destacado y con un color diferencial.
0	1	2	3	4	Déjelas en un lugar visible todo el día
0	1	2	3	4	Tenga una agenda áulica
0	1	2	3	4	Provea un algoritmo de resolución de tareas múltiples o que requieren varios pasos

FUNDACION DE NEUROPSICOLOGÍA CLINICA PROGRAMA DE INTEVENCIONES AULICAS - TDAH

Prioridad de las recomendaciones:

- | | |
|---|---|
| <p>0 - No es recomendable para el alumno.</p> <p>1 - No es crítico su uso.</p> <p>2 - Es útil para el alumno</p> | <p>(se recomienda su uso de manera intermitente).</p> <p>3 - Recomendable</p> <p>4 - Altamente Recomendable</p> |
|---|---|

Intervenciones - Obediencia

0	1	2	3	4	Aliente las conductas de obediencia
0	1	2	3	4	Provea inmediato feedback: refuerzo positivo o consecuencias negativas
0	1	2	3	4	Utilice la atención del docente como refuerzo
0	1	2	3	4	Utilice la inatención del docente para extinguir disconductas
0	1	2	3	4	Supervise al estudiante de forma cercana y continua
0	1	2	3	4	Siente al alumno cerca suyo
0	1	2	3	4	Implemente un programa de modificación de conducta en el aula
0	1	2	3	4	Instruya a los alumnos en sistemas de auto evaluación de su conducta
0	1	2	3	4	Implemente contratos de conducta
0	1	2	3	4	Establezca reglas claras y consistentes
0	1	2	3	4	Entrene en estrategias de resolución de problemas

Intervenciones - Socialización

0	1	2	3	4	Aliente la conducta apropiada
0	1	2	3	4	Supervise la actividad grupal de manera frecuente
0	1	2	3	4	Establezca el logros de metas conductuales y establezca premios para el grupo y el alumno
0	1	2	3	4	Aliente las técnicas de aprendizaje cooperativo
0	1	2	3	4	Provea de actividades para grupos pequeños de manera frecuente
0	1	2	3	4	Asigne al niño responsabilidades delante de todo el grupo

Intervenciones - Habilidades Académicas

0	1	2	3	4	Provea tiempo adicional para la lectura, utilice estrategias de pre-lectura, textos más cortos, evite la lectura oral o en presencia de pares (en caso de problemas de lectura)
0	1	2	3	4	Acepte todas las respuestas orales, aliente a expresar nuevas ideas o experiencias, elija temas fáciles para el niño (si se verifican problemas de expresión oral)
0	1	2	3	4	Acepte informes de trabajo no escritos o utilizando una computadora, grabadora.
0	1	2	3	4	No asigne grandes cantidades de trabajo escrito. Evalúe con técnicas de selección múltiple o en forma oral (si se verifican serios problemas de escritura)
0	1	2	3	4	Adecuar las evaluaciones de acuerdo a sus reales posibilidades, conforme su progreso curricular
0	1	2	3	4	Permita el uso de calculadoras, tablas pitagóricas, provea tiempo adicional, corrija de forma inmediata por medio del modelado de los algoritmos correctos (si se observan discalculias)

Intervenciones - Evaluaciones

0	1	2	3	4	Preevaluación para identificar áreas de debilidad o fortaleza
0	1	2	3	4	Modifique los exámenes para permitir acceso a los textos
0	1	2	3	4	Ídem para ser dados oralmente
0	1	2	3	4	Tiempo extra para completar los exámenes
0	1	2	3	4	Lea los ítems de de la prueba al alumno si es necesario
0	1	2	3	4	Verifique que han sido comprendidos los ítems de la prueba
0	1	2	3	4	Asesore en duraciones de tiempo breve durante la prueba
0	1	2	3	4	Evalúe resultados y procedimientos
0	1	2	3	4	Las anteriores sugerencias deben ser evaluadas por el/los docentes del alumno e implementadas en conformidad con la autoridad pertinente
0	1	2	3	4	Se proveerá información adicional en el siguiente teléfono: _____

Firma y Sello del Profesional

PLANILLA DE SEGUIMIENTO EFECTOS SECUNDARIOS PARA NIÑOS QUE TOMAN MEDICAMENTOS

Nombre y Apellido/s

Persona que observa

Parentesco/Relación:

B Efectos Secundarios: Señale en el día correspondiente cualquiera de los comportamientos que presente el paciente mientras se está tomando la medicación. De acuerdo a su criterio efectúe y gradúe la intensidad tomando en cuenta cómo es el niño cuando no se le administra el fármaco

1 **2** **3** **4** **5**
 Leves Moderados Severos

		Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
1	Pérdida de Apetito							
2	Dolor de Estómago							
3	Dolor de Cabeza							
4	Incremento del nivel de actividad motriz o verbal							
5	Cambios en el estado de ánimo							
6	Irritabilidad							
7	Desorientado o más confuso							
8	Nerviosismo							
9	Ensimismamiento, disminución interacción social							
10	Tic (vocales o motores)							
11	Dificultad para conciliar el sueño							
12	Incremento de los síntomas del TDAH (efecto rebote)							
13	Frota los dedos o las manos							
14	Pasa la lengua por sus labios sin control							
15	(otros: describa)							
16	(otros: describa)							

Comentarios u Observaciones

B. Preocupaciones: Señale cualquier preocupación que usted tenga sobre el ajuste psicosocial del niño

C. Anote dudas o dificultades que se le han presentado con la administración de los medicamentos

Nota:

Cualquier medicamento puede presentar efectos secundarios no deseados. Consulte con su médico.

Fuente.

Elliot, R: Worthington L.A. & Patterson, D. Tuscaloosa: University of Alabama. Adaptado por Ruben O. Scandar

BIBLIOGRAFÍAS

- Bandura, A. Behavioral psychotherapy, *Scientific American*, 216 (Marzo), pp. 78-86, 1967.
- Bandura, A. Social learning theory, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., 1977. Hay Edición en Español (Espasa Calpe).
- Barkley, R. A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. Second Edition. Guilford Press, New York, 1998.
- Barkley, R.A. ADHD. The nature of the self-control. Guilford Press, New York, 1997.
- Barkley, R. A.. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for diagnosis and treatment. (2nd Edition). Guilford Press, New York, 1998.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Bauermeister J.J. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Un manual de Trabajo Clínico. Guilford Press, New York, 1998.
- Bauermeister, J.J. Hiperactivo. Impulsivo. Distráido. ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales. Grupo Albor Cohs, Bilbao,
- Bloomquist, M. L. Skills Training for Children with Behavior Disorders, The Guilford Press, New York, 1995.
- Braswell, L. & Bloomquist, M. L. Cognitive Behavioral Therapy with TDAH Children, The Guilford Press, New York, 1991.
- Brooks, R. The self-esteem teacher. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service
- Carter, C. M., Urbanowicks, M., Hemsley, R., Mantilla, L., Strobel, S., Graham, P. J. & Taylor, E. Effects of a few food diet in attention deficit disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 1993; 69(5): 564-568.
- Conners, C. K. A teacher rating scale for use in drug study with children. *American Journal of Psychiatry*, 1969, (126): 884-888.
- Copeland, E. & Love, V.L. Attention, Please. ADHD/ADD. A comprehensive Guide for Successfully Parenting Children with Attention Disorders and Hyperactivity. Specialty Press Inc. Plantation, 1995.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatry Association. Washington D.C. 1994.
- Farré, A. y Narbona, J. Escalas de Conners en el trastorno de atención e hiperquinesia: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Revista de Neurología*, 25, 1997.
- Farré, A. y Narbona, J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio, *Acta Pediátrica Española*, 47, 103-109.
- Goldstein, S. & Mather, N. Overcoming underachievement. An action guide to helping your child succeed in school. Wiley. New York, 1998.
- Greene, R.W. The explosive Child, HarperCollins, New York, 1998.
- Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. Answers to Distraction, Bantam Books, New York, 1996.
- Joselevich E. Adhd (compil) ¿Qué es qué Hacer?. Paidós. 2003.
- Kinsbourne, M. y Caplan, P. J. Problemas de atención y aprendizaje en los niños. México, Prensa Médica Mejicana, 1983.
- ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorder. World Health Organization, Geneva 1992.
- León-Carrió, J. Batería Neuropsicológica de Sevilla, TEA Ediciones, S. A., Madrid, 1999.
- Luria, A. R., El Cerebro en Acción. Dos volúmenes. Ediciones Orbis. Bs. As. 1988.
- Manga, D., Fournier, C. y Navarredonda, A. B. (1995) Trastorno por Deficit de Atención en la Infancia. En Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (Eds.), Manual de Psicopatología (vol. 2. pp. 695-718). Madrid, McGraw-Hill.
- Meichenbaum, D. & Goodman, J., Reflection-impulsivity and verbal control of motor behavior, *Child Development*, 1969, 40, (9): 785-797.
- Monedero, C. Dificultades de aprendizaje escolar. Madrid: Pirámide, 1989
- MTA, Corporative Group, A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086, 1999.
- Nadeau, K. A comprehensive guide to adults with attention deficit hyperactivity disorder. Brunner/Mazel. New York 1995.
- Orjales Villar, I. Polaino-Lorente, A. Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperactivo, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1991. Citado en Polaino-Lorente y colaboradores Manual de Hiperactividad Infantil, Unión Editorial, Madrid, 1997.
- Orjales, Villar, I. Déficit de Atención e Hiperactividad. Manual para Padres y educadores. Cepe. Madrid, 2001
- Owen, F.W. y otros, Learning disorders in children: sibling studies, en *Mon. Soc. Res. Child Dev.*, 1971
- Parker, H. C. The ADD Hyperactivity Handbook for Schools, Impact Publication, Inc.; Plantation, Florida, 1992.
- Piffner, L. J. & O'Leary, School-based psychological treatments En Matson, J. L. (Ed.), Handbook of hyperactive children, pp. 234-255, Allyn & Bacon, Boston, 1993.
- Polaino-Lorente y colaboradores Manual de Hiperactividad Infantil, Unión Editorial, Madrid, 1997.
- Rosselli, M. Discalculia. En M. Rosselli y otros (Eds.) Neuropsicología infantil. Medellín, Colombia, Prensa Creativa, 1997.
- Scandar, Ruben O. El niño que no podía dejar de portarse mal. Editorial Distal. Buenos Aires, 2003.
- Scandar, Ruben O. Los niños Hiperactivos. Editorial Fundación Verbum, Sevilla, 2003.
- Scandar, Ruben O. "Discalculia y ADHD" en Joselevich E. Adhd (compil) ¿Qué es qué Hacer?. Paidós. 2003.
- Scandar, Ruben O. "Principales Trastornos Asociados o Comórbidos" en Joselevich E. Adhd (compil) ¿Qué es qué Hacer?. Paidós. 2003.
- Scandar, Ruben O. "Padres y Docentes: un esfuerzo conjunto" en Joselevich E. Adhd (compil) ¿Qué es qué Hacer?. Paidós. 2003.
- Scandar, Ruben O.; "TDAH va a la escuela". TDAH Journal. Vol 1. 2000.
- Scandar, Ruben, O.; "Los padres frente al TDAH como co-terapeutas" TDAH Journal Vol 2. 2000;
- Scandar, Ruben O.; Consejos para afrontar las dificultades de rendimiento académico. TDAH Journal Vol 6, 2005
- Tejero Gimeno, P. Panorama histórico conceptual del estudio de la atención, pp. 33-62 en Munar, en Munar, E., Roselló J. y Sánchez-Cabaco, A. (coords.). Pág. 36. Editorial, Madrid, 1999.
- The self-esteem teacher. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Zimetkin, A. J., Nordahl, T. E., Gross, M., King, A. C., Semple, W. E., Rumsey, J., Hamburger, S. & Cohen, R. M. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*, 323, 1361-1366. 1990.a