

IU CESMAG



500030977

ORDINACION DE POSTGRADOS

INV. NIIF 2014

Déficit Atencional con Hiperactividad

TRATAMIENTO GUÍA PARA PADRES Y MAESTROS



José Francisco
Yela Delgado

Déficit Atencional con Hiperactividad

TRATAMIENTO GUÍA PARA PADRES Y MAESTROS

**JOSÉ FRANCISCO YELA DELGADO
PSICÓLOGO CLÍNICO**

**SAN JUAN DE PASTO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA CESMAG
2008**

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo solo fue posible a través de los aportes invaluable de cada uno de los padres que pertenecen al Grupo Hidea, al CHADD y al DA de Costa Rica. (Anexos N° 1, 2 y 3). Agradezco la oportunidad de haber podido compartir no como terapeuta, sino como profesional interesado en realizar una guía que facilite el manejo de los niños con TDAH, situación que me inquietaba mucho por la frecuencia tan alta de consulta y la incapacidad de los padres ante la dificultad del niño, tanto en el ambiente familiar como escolar. Agradezco también al programa de Psicología del convenio I.U.CESMAG - U. Remington por haberme permitido el espacio y el tiempo para la realización de ésta investigación y trabajo con niños con el TDAH.

La información que se presenta en el trabajo ha sido tomada por lo tanto, de fuentes confiables y actualizadas. Los aportes son el resultado de un conjunto de investigaciones y del trabajo de cientos de padres de familia y educadores que han compartido sus experiencias, cuyos resultados han sido recopilados en este trabajo. Estas personas han conformado el Grupo Hidea a nivel nacional y el CH.A.D.D a nivel internacional, al igual que la Fundación DA de Costa Rica. Es filosofía de estas organizaciones, que la información se reproduzca libremente y que se difunda, para convertirnos en multiplicadores de los beneficios que conlleva esta experiencia.

Vale la pena aclarar que el resultado de este trabajo, como se cita anteriormente es una recopilación de la información que se maneja a nivel de asesoría para los padres de familia y educadores, y de ahí su valor informativo, ya que en la bibliografía y literatura que se revisa en relación al TDAH se encuentran muchos datos diagnósticos, algunos manejos de difícil ejecución y generalmente excluyentes de los padres y educadores, quienes son las personas que mayor contacto tienen con el niño, y que por lo tanto se enfrentan diariamente al reto de manejar un niño con TDAH.

CONTENIDO

	Pág.
PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	11
1. ASPECTOS EVOLUTIVOS DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN	13
1.1 DETECCIÓN CLÍNICA	13
1.1.1 Los factores que influyen para que se den tan variadas formas de conducta en los individuos con TDAH	14
1.1.2 La prevalencia percibida del TDAH, puede cambiar de una región a otra y apuntar a los factores psicosociales	15
1.2 EDADES MÁS FRECUENTES DONDE SE DIAGNOSTICA EL TDAH	17
1.3 SIGNOS EVIDENTES DE LAS MANIFESTACIONES DEL TDAH Y CARACTERÍSTICAS	18
1.4 MANIFESTACIONES DEL TDAH DESPUÉS DEL NACIMIENTO EN EL NIÑO	18
1.5 MANIFESTACIONES DEL TDAH EN LOS PREESCOLARES	20
1.6 REPERCUSIONES SOCIALES DEL TDAH EN LOS ESCOLARES	21
1.7 CAMBIOS SINTOMÁTICOS SE PRESENTAN DURANTE LA ADOLESCENCIA EN LOS ESTUDIANTES CON TDAH	23
1.8 MANIFESTACIÓN DEL TDAH EN LOS ADULTOS	25
2. EL DÉFICIT ATENCIONAL Y DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE	27
2.1 DIFICULTADES DE ENTRADA	27
2.1.1 Percepción	27
2.1.2 Percepción visual	27
2.1.3 Percepción auditiva	28
2.2 DIFICULTADES DE INTEGRACIÓN	28
2.2.1 Secuencia	28
2.2.2 Dificultades de abstracción	29
2.2.3 Dificultades de organización	29
2.3 DIFICULTADES DE MEMORIA	29
2.4 DIFICULTADES DE SALIDA	30
2.4.1 Lenguaje	30
2.4.2 Motor	31

3.	EL DÉFICIT ATENCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA	32
3.1	NIVEL DE AUTOESTIMA	33
3.1.1	El círculo vicioso de un bajo nivel de estima	34
3.2	RECOMENDACIONES	35
3.2.1	¿Cómo mejorar el nivel de estima?	35
4.	CÓMO ESTABLECER UN EFECTIVO MANEJO DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS	37
4.1	GUÍA PARA PADRES	37
4.1.1	Ocho pasos para el apoyo de padres e hijos	38
4.1.2	Requisitos para utilizar este programa	39
4.1.3	Paso 1. Aprendiendo a dar atención positiva	39
4.1.4	Paso 2. Aproveche la atención positiva con su hijo para ganar su obediencia	40
4.1.5	Paso 3. Dando ordenes de un modo mas efectivo	42
4.1.6	Paso 4. Establezca un programa de recompensas en casa	43
4.1.7	Paso 5. Enseñándole a su hijo a no interrumpir	45
4.1.8	Paso 6. Aprender a disciplinar constructivamente: Bases	46
4.1.9	Paso 7. Ampliando el uso del tiempo-fuera	51
4.1.10	Paso 8. El comportamiento fuera de casa	51
4.1.11	Guías para vivir en familia con un niño hiperactivo	54
5.	ENSEÑANDO A ESTUDIAR CON DÉFICIT ATENCIONAL	60
5.1	OPINIÓN DE LOS INVESTIGADORES	63
5.2	MANEJO ESCOLAR	67
5.2.1	El punto de vista del maestro	67
5.2.2	Relación entre el hogar y el colegio	68
5.2.3	Intervención práctica y afectiva	69
5.2.4	Ambiente recomendado	69
5.2.5	Cómo mejorar las notas y la conducta en clase	70
	CONCLUSIONES	76
	BIBLIOGRAFÍA	79

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo N° 1 Corporación HIDEA. Corporación para el apoyo de niños, jóvenes y adultos con hiperactividad y/o déficit de atención.	82
Anexo N° 2 CH.A.D.D. Organización Nacional que trabaja a favor de los niños y adultos en el trastorno de bajo nivel de atención.	84
Anexo N° 3 Fundación D.A. Costa Rica.	86
Anexo N° 4 Test para determinar Síntomas de Déficit de Atención	87
Anexo N° 5 Cuestionario para el Maestro	89
Anexo N° 6 Cuestionario de situaciones en el hogar	90
Anexo N° 7 Contrato. Deberes y derechos	91
Anexo N° 8 Tarjeta de comunicación al hogar	92

PRÓLOGO

Resulta verdaderamente interesante adentrarse en el estudio de una temática que ha sido de difícil detección y tratamiento, a lo largo de la historia, como efecto lo ha sido el trastorno de déficit de atención, incertidumbres que a su vez, han derivado en un inapropiado, desacertado, y lo que es más preocupante, en un confuso e indigno trato para los niños y pacientes afectados, propiciando tal desconocimiento, que en su entorno familiar, al interior de las aulas escolares y en la generalidad de la sociedad, se haya relegado a quienes lo padecen, a una despiadada marginación y discriminación, redundando ello en un abierto detrimento a su dignidad. Además, los vacíos y desconocimiento alrededor de este tópico, de cantera, ha impedido un adecuado abordaje del problema, tanto para padres, docentes y profesionales de la salud.

Fruto de un acucioso, profundo y científico trabajo, el doctor FRANCISCO YELA, lanza el libro: "Deficit de atención y tratamiento por parte de padres de familia y educadores"; el cual recopila experiencias y vivencias de la vida real, obtenidas gracias a la interacción y colaboración con padres de familia, alumnos, psicólogos, psiquiatras y demás profesionales, de ahí que el presente estudio, se convierta en una importante herramienta psicopedagógica, que por su fácil presentación y exposición, se convertirá en un gran apoyo en la labor de diagnóstico y adopción de mecanismos terapéuticos que contribuyan a la detección oportuna y tratamiento adecuado del trastorno de atención en nuestros menores.

El doctor FRANCISCO YELA, es un reconocido y connotado profesional de la psicología clínica, con orgullo nariñense, ha escrito otros temas de interés, es docente universitario, compañero de trabajo del Hospital San Rafael de Pasto, participante en múltiples conferencias.

Por lo anterior, es para mi motivo de satisfacción efectuar la presentación de esta obra, que estoy seguro será de enorme interés y ayuda, para quienes se adentren en su lectura y análisis.

LUIS ORLANDO DÍAZ NARVÁEZ
Médico Psiquiatra
Docente Programa de Medicina Universidad de Nariño

INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se caracteriza por los niveles de atención no acordes con la etapa de desarrollo del individuo. Sin un diagnóstico correcto, el TDAH puede tener graves consecuencias, como: el fracaso escolar, el abandono de los estudios, la depresión y la conducta desordenada.

Las características de este trastorno y la forma en que afecta la vida de una persona es un tema que hasta hace unos años ha tenido la relevancia y la atención necesaria por parte de los profesionales de la salud y la educación en nuestro medio.

Muchos adultos no fueron diagnosticados correctamente cuando fueron niños y no se aclaraban los síntomas, y se creía que aparecían en la adolescencia, como resultado desarrollaron otros problemas que estaban enmascarados por el TDAH.

Una valoración completa es necesaria para establecer el diagnóstico, descartar otras causas y determinar la presencia o ausencia periódica de condiciones concurrentes no sólo evaluadas en los niños sino también incluyendo información de los padres y los maestros.

El diagnóstico del TDAH requiere un tratamiento integral que incluya el adiestramiento de los padres en el manejo de la conducta, un programa educacional adecuado y asesoramiento individual y familiar.

Este trabajo pretende informar, capacitar, y apoyar a los padres de familia y educadores, para el conocimiento y la intervención adecuada con las personas que tienen el TDAH.

El principio de toda intervención es un cambio de actitud por parte de los padres y educadores y responde a las necesidades de cada uno de sus hijos partiendo de sus características.

1. ASPECTOS EVOLUTIVOS DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN

Cuando hablamos de evolución nos referimos al cambio, la progresión, la transformación, el paso de una etapa a otra. En medicina, el término evolución llega a tener connotaciones de tipo pronóstico y expresa la forma en que la enfermedad se va manifestando sintomáticamente a través de sus fases: prodrómico, a crónica y resolución. Existen ciertas diferencias entre la progresión de las manifestaciones en un padecimiento agudo y las de un trastorno crónico, pero en los dos casos hacemos referencia a las manifestaciones fisiopatológicas esperadas (predecibles).

En los trastornos mentales si bien se han podido establecer ciertos parámetros de orientación pronóstica, en un padecimiento u otro, en la mayoría de ellos no se ha logrado un buen nivel de objetividad evolutiva, lo que es plenamente comprensible puesto que ciertos elementos de tipo subjetivo como son los factores psicosociales (culturales, económicos, políticos, etc.) juegan un papel determinante en la evolución de estos padecimientos.

En el caso específico del TDAH es muy poco lo que se conocía acerca de su evolución y pronóstico. En el transcurso de esta última década se han establecido algunas subvariedades del TDAH, fundamentadas en los hallazgos de tipo clínico y neuroanatómico. Estos resultados son el primer paso objetivo en la determinación de elementos evolutivos específicos.

En este texto me referiré no tanto a los elementos especulativos sobre el pronóstico que tiene el TDAH, sino más bien a la forma en que se manifiestan el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, en las diferentes edades del individuo que padece TDAH y cómo influye en su conducta. Este es por supuesto un enfoque eminentemente psicosocial.

1.1 DETECCIÓN CLÍNICA

Detección clínica de las tres principales manifestaciones del TDAH se encuentran en cierto nivel de concordancia en cuanto a los aspectos de tipo semiológico, que nos orientan a determinar cuál es la esfera afectada en la

psiquis de estos individuos y por supuesto a establecer su correspondiente referencia neuroanatómica.

En cambios hablamos de la conducta que el individuo adopta con respecto a su medio, la forma en que éste se adapta y logra interactuar con su entorno, debemos responder que no existe un patrón establecido.

1.1.1 Los factores que influyen para que se den tan variadas formas de conducta en los individuos con TDAH

.Ante todo debemos partir del hecho innegable que es que cada ser humano tiene características individuales muy específicas que lo diferencian de otros, sea que existan vínculos parentales o no. Esta distinción parece ser el resultado de la interacción de algunos factores tanto biológicos como psicosociales, que a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo de un individuo darán como resultado la determinación caracterológica de cada ser humano.

Las personas con el TDAH no son ajenas a este proceso. Sin embargo es importante tener en cuenta que quienes padecen este trastorno deben enfrentar este proceso con una cierta desventaja originada por sus manifestaciones clínicas, que pueden provocar dificultades en la interacción social con otros miembros de su entorno. Es bastante frecuente encontrar en los niños con TDAH baja autoestima, fruto de la pesada carga que deben soportar por ser en muchas ocasiones considerados como "traviesos, mal educados o rebeldes" que hace que sean discriminados, y condenados a un injusto aislamiento social.

Para analizar las características conductuales de una persona no podemos pasar por alto el rol que juega el "temperamento", como modulador de la conducta. Por eso es importante considerar en quienes padecen TDAH la variabilidad individual de las características temperamentales, que están determinadas por:

- Los factores hereditarios.
- Una lesión encefálica, que puede ser prenatal, perinatal o posnatal. Sobre este tema se ha señalado claramente que la mucha irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, los períodos disminuidos de atención, son manifestaciones frecuentes en personas con lesiones cerebrales.
- Los factores psicosociales, tales como el estilo de conducta familiar,

las situaciones estresantes y la influencia del medio social en el que se desarrolla un individuo (creencias, prejuicios, nivel educacional).

- La intervención psicológica oportuna. Voyadar un ejemplo concreto para que se comprenda mejor el rol de estos factores. En mi departamento hay dos zonas geográficas que muestran características temperamentales marcadamente diferentes. Una está ubicada en la zona costera y se caracteriza porque sus habitantes son personas muy extrovertidas, muy comunicativas tanto verbal como gestualmente; la otra región se encuentra en la sierra, sus habitantes son desconfiados, introvertidos, poco comunicativos. La percepción que se tiene en cada región para una persona con TDAH, y para otra con depresión, muestra diferencias. Así, en la costa personas con niveles leves de TDAH, pueden pasar inadvertidas, mientras que en la sierra hasta un nivel leve de TDAH es rápidamente detectado. En el caso de una persona con depresión se produce el efecto contrario, es decir que las personas con depresión leve en la sierra son inadvertidas, mientras que en la costa son rápidamente detectadas. Tal vez las variaciones que existen entre una y otra región a la hora de establecer niveles de prevalencia del TDAH se deban a estas circunstancias.
- Los factores clínicos del TDAH, que son un elemento importante al determinar la variación individual temperamental. Entre éstos tenemos:
 - el subtipo de TDAH
 - la intensidad del TDAH (leve, moderado, grave)
 - la intervención oportuna
 - el apoyo psicosocial, sobre todo familiar y escolar.

La dinámica interacción entre todos estos factores, genéticos, biológicos, psicosociales y clínicos, influye directamente en la conducta y el temperamento de quienes padecen TDAH, dando como resultado variaciones individuales.

1.1.2 La prevalencia percibida del TDAH, puede cambiar de una región a otra y apunta a los factores psicosociales.

Los datos sobre la prevalencia del TDAH son de lo más heterogéneos y

cambian dentro de cada país, entre los distintos países y entre uno y otro continente. Las posibles explicaciones que se han dado a estos resultados son:

- a. En algunos países se ha clasificado a este trastorno con otra denominación, por ejemplo en Gran Bretaña aún se utiliza el término "síndrome del niño hiperactivo". Al parecer esta diferencia en cuanto a los sistemas clasificatorios y diagnóstico conlleva la posibilidad de que se incluya a niños con ciertas manifestaciones de hiperactividad, secundaria a otros trastornos, como niños con TDAH.
- b. La utilización de escalas psicométricas, sin la adecuada validación ni aceptación internacional, van a dar como resultado alteraciones en cuanto a la interpretación estadística, debido a que se asumen valores arbitrarios que no necesariamente reflejan un criterio objetivo estandarizado internacional.
- c. Otro punto a considerarse en estos cambios de prevalencia parece estar relacionado con la fuente de la que se obtienen los datos, en muchos casos sólo se limita a una recopilación sobre la base de cuestionarios aplicados a los niños o sólo a los padres o sólo a los profesores. Es importante recordar que un diagnóstico efectivo de TDAH incluye una evaluación clínico-diagnóstica del niño, entrevistas con los padres y maestros, y aplicación de cuestionarios estandarizados internacionalmente que permitan un seguimiento adecuado.
- d. La prevalencia se puede alterar al realizar estudios comparativos entre grupos poblacionales de edad diferente.
- e. Finalmente vale la pena insistir en la consideración de los aspectos culturales y sociales de cada país, cuando hay que validar los criterios de investigación del TDAH.

A pesar de estas amplias variaciones en cuanto a las tasas de prevalencia existen ciertos puntos de coincidencia internacional:

- El TDAH es un trastorno que en la actualidad se diagnostica con mayor frecuencia.
- Es mucho más prevalente en el grupo masculino.
- Es un padecimiento que tiende a una evolución crónica.
- Las manifestaciones clínicas del TDAH no deben estar presentes exclusivamente en un solo tipo de ambiente (escolar, familiar, de amistades). Para un diagnóstico positivo es necesario que ocurran en

todos los ambientes que el paciente frecuenta.

- Se ha encontrado con mucha frecuencia comorbilidad, especialmente en el área del aprendizaje.

1.2 EDADES MAS FRECUENTES DONDE SE DIAGNOSTICA EL TDAH

Por lo común el TDAH es diagnosticado entre los 5 a 7 años. Esto no significa de ninguna manera que este trastorno no estuvo presente antes de estas edades. Sin embargo parece ser que se hace mucho más evidente cuando el niño debe asumir un rol social fuera de su casa, es decir coincide muchas veces con el ingreso a la escuela. Los familiares de los niños con TDAH, en su gran mayoría, no advierten que las manifestaciones de inquietud de estos niños forman parte de un trastorno, por lo cual el niño recibe un trato bastante forzado y tolerado a medias por su familia. Sin embargo, cuando comienza la actividad escolar en la que debe relacionarse socialmente con otros niños y con los maestros, y además demostrar un nivel de rendimiento académico, que por lo general no se alcanza, la familia es alertada por los profesores, lo que motiva la búsqueda de ayuda profesional. Pienso que ésta es probablemente la causa principal por la cual antes de los 6 años los niveles de prevalencia son tan bajos. Al parecer existe un subregistro, ya que los familiares de niños con TDAH son más sensibles a detectar niveles de moderados a graves de TDAH, mientras que los que están por debajo de esta intensidad no consultan con los profesionales hasta pasados los 6 años.

Es importante también aclarar que el escaso conocimiento de cómo se manifiestan la hiper-actividad, la impulsividad y el déficit de atención en la primera infancia, ha determinado a veces que incluso los profesionales de la salud no detecten oportunamente este trastorno.

Al parecer, los cambios que experimentan las manifestaciones del TDAH dependen en su gran mayoría de:

- La integridad y maduración del sistema nervioso central. Estos dos elementos intervienen directamente en la intensidad de las manifestaciones, así como en el nivel de control que el individuo ejerce sobre su conducta. Se espera que a mayor edad haya una mayor madurez cortical y por lo tanto mejore el control sobre la conducta.
- Los subtipos y la gravedad con que se manifiesta el TDAH, son otros

- factores importantes que determinan los cambios que experimentan las principales manifestaciones del trastorno.
- La presencia de comorbilidad no provoca cambios en cuanto a la forma de manifestación que tiene cada uno de los principales síntomas del TDAH.
 - La edad en la que se realice el diagnóstico y lo oportuno del tratamiento influyen sobre las manifestaciones del TDAH.
 - Los factores estresantes, que tienen mucha incidencia sobre la forma e intensidad con que se presentan las manifestaciones del TDAH, en especial los factores relacionados con el apoyo familiar y social.

Estos elementos son los que con más frecuencia están determinando la distinta forma en que se manifiestan la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención en cada etapa del desarrollo del individuo que padece TDAH.

1.3 SIGNOS EVIDENTES DE LAS MANIFESTACIONES DEL TDAH Y CARACTERÍSTICAS

Se han realizado entrevistas a madres de niños con TDAH, y al preguntarles si notaron alguna diferencia entre el embarazo de su hijo con TDAH y el de sus otros hijos, muchas respondieron que la principal sensación que percibieron fue un patalo mucho más frecuente que el que percibían en los embarazos de sus otros hijos. Pero, por supuesto, harían falta estudios controlados para poder determinar la objetividad de esta apreciación. De todas maneras, estos primeros indicios podrían ser la manifestación más temprana de hiperactividad. De allí la importancia de realizar estudios de monitoreo en poblaciones de riesgo para TDAH y en grupos control. Pienso que se conoce muchísimo sobre la conducta del ser humano después del nacimiento pero poco se sabe de su conducta intrauterina, por eso no se pueden aún establecer ciertas características más específicas que las que comentan las madres de estos niños.

1.4 MANIFESTACIONES DEL TDAH DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

Las manifestaciones de hiperactividad, impulsividad y déficit atencional en el infante son por:

- Los problemas en el sueño.

- Las dificultades en la alimentación.
- La inquietud.
- La irritabilidad excesiva.
- El llanto.

El infante con TDAH tiene un sueño muy ligero e inquieto. Por lo general los períodos de sueño son muy cortos y el despertar va seguido de llanto e irritabilidad.

Los problemas de alimentación incluyen una succión deficiente acompañada de llanto, no mantienen un ritmo regular durante la lactancia, que se ve interrumpida con mucha facilidad; se distraen con estímulos simples. Su horario de alimentación es fluctuante, por momentos parecería que sólo buscan una transitoria succión y luego rechazan la lactancia, situación que puede provocar alteraciones en la relación materno-infantil. Recordemos que las madres de estos niños con frecuencia tienen problemas de ansiedad debidos a la relación estresante que deben sobrellevar en relación con la conducta del niño con TDAH.

La inquietud se refleja por el frecuente movimiento de las manos durante la lactancia y en ocasiones tienden a arañar o pellizcar a sus madres. Pueden presentar súbitos arranques de irritabilidad y además un movimiento muy frecuente de su cabeza. Son niños que tienden a dar vueltas en sus cunas de un lado al otro. Cuando empiezan a gatear están en constante movimiento. Sus madres suelen contar que cuando comienzan a caminar tienden a correr y descansan muy poco, como si tuviesen un motorcito adentro que les impide permanecer quietos. Son más proclives a los accidentes y caídas y requieren más supervisión y cuidados que otros niños.

Estos bebés son muy irritables. Se pueden mostrar huraños cuando los toman en brazos y pueden dar golpes con sus manos en el rostro de la madre o el padre. Toleran poco estar en brazos de personas desconocidas, dándola la impresión de que tienen un menor nivel de sociabilidad que otros niños. Lloran mucho más que sus hermanos a la misma edad.

En resumen, podemos afirmar que en esta etapa es cuando la madre empieza a detectar mucho más claramente la diferencia de conducta entre el niño con TDAH y otro sano, por lo que el manejo y control del niño con TDAH, se convierte en un factor generador de estrés para la madre, que da por resultado una inadecuada relación madre-hijo.

1.5 MANIFESTACIONES DEL TDAH EN LOS PREESCOLARES

Los estudios realizados en este grupo de edad son mucho más abundantes que en edades más tempranas, por lo que se cuenta con datos más objetivos respecto a la conducta del niño con TDAH. Además el niño en esta etapa empieza a dar sus primeros pasos en el ámbito de la relación social, lo cual permite tener criterios adicionales que ayudan en la orientación diagnóstica.

En relación con la *hiperactividad*, la mayoría de los estudios concluye que estos niños son mucho más activos que el grupo control: siempre están corriendo, y realizando cualquier tipo de actividad, pero tienen problemas para mantener la constancia y alcanzar las metas esperables. No pueden quedarse sentados y quietos por mucho tiempo, tanto a la hora de comer o cuando miran televisión. Se muestran muy activos pero tienen dificultades para coordinar esta actividad, lo que crea una mayor propensión a los accidentes y caídas. Duerme durante períodos más cortos que los esperados para niños de su edad. Por lo general se van a la cama más tarde que el resto de niños y su sueño es inquieto y puede ser entrecortado.

La *impulsividad* ha sido estudiada por medio de la observación clínica y mediante la aplicación de instrumentos diagnósticos. Todos estos niños son más impulsivos que los del grupo control, tienen una conducta poco predecible, cuando van por la calle suelen soltar la mano de la persona que los lleva, tomando su propio rumbo, y muchas veces caminan fuera de las veredas o zonas seguras, suelen arrebatarse los juguetes o los objetos que otros niños tienen en sus manos, y pueden golpear a otros niños sin provocación o sin motivo, se involucran en actividades peligrosas tales como subir a los árboles y realizar piruetas arriesgadas, como si no tuvieran capacidad para discriminar las situaciones peligrosas. Por otro lado, sus padres siempre comentan que sus hijos parecen "sordos", porque no acatan las indicaciones y prohibiciones que

ellos les dan. No aprenden de sus errores y son reincidentes aun a pesar del daño que se puedan haber causado en alguna actividad riesgosa.

El *déficit de atención*, también ha sido estudiado de igual forma que la impulsividad. Los períodos de atención en una actividad son cortos, cambian el foco de atención ante cualquier estímulo, por mínimo que sea éste, tienen dificultades para participar en actividades estructuradas que requieren una dedicación mayor, no suelen completar las tareas que inician, les resulta muy difícil jugar solos. En general se distraen con mucha facilidad y para poder enseñarles cualquier tarea se requiere de un tiempo mayor que para los niños del grupo control.

Como hemos visto, a esta edad ya se ha logrado una incipiente sistematización clínica pero, sin embargo, hacen falta más estudios para poder determinar con mayor certeza la conducta de los preescolares con TDAH.

1.6 REPERCUSIONES SOCIALES DEL TDAH EN LOS ESCOLARES

El TDAH es diagnosticado con mayor frecuencia entre los 5 a 7 años de edad, que coincide con el ingreso a la escuela. Las clasificaciones diagnósticas del CIÉ-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) y el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría), han elaborado sus criterios diagnósticos gracias a los estudios de observación directa de la actividad del niño y mediante la utilización de escalas psicométricas aplicadas a padres, profesores y amigos de estos pacientes. Es decir que el diagnóstico de TDAH es el resultado de una evaluación múltiple que recoge la apreciación de la conducta del niño en diferentes ambientes, y no sólo la circunscripta al hogar, y se considera como diagnóstico positivo siempre que la alteración esté presente en todos los ambientes y no como manifestaciones exclusivas del medio social.

Los escolares con TDAH presentan un mayor nivel de actividad física durante el día que los de los grupos control, pero esta actividad aumentada tiende a ser disruptiva, permanecen jugueteando con sus manos o con los pies, les cuesta permanecer sentados durante mucho tiempo, se muestran muy inquietos en sus asientos, y generalmente abandonan sus pupitres durante

la clase, mientras están comiendo o a la hora de ver televisión. Este tipo de conducta obviamente les ocasiona frecuentes castigos y reprimendas, que van minando su autoestima y se empiezan a percibir como diferentes del resto ya que no logran obtener un adecuado control de su conducta. Cuando tienen que practicar actividad física con otros niños, siempre tienden a un contacto físico brusco que no es el resultado de una actitud premeditada ni vengativa, pero que repercute negativamente y hace que se aparten del grupo, viéndose condenados a un aislamiento social por lo demás injusto, ya que no lo hacen con mala intención. Es muy frecuente que estos niños se involucren en la práctica de actividades que pueden poner en peligro sus vidas, no midan las consecuencias de su conducta y las realice no por la búsqueda de emociones especiales sino más bien como resultado de una falta de freno que los impulsa a esa actividad.

La impulsividad, de acuerdo con las escalas utilizadas, se divide en dos componentes: uno cognitivo y otro conductual. El componente cognitivo hace referencia a la pobre capacidad que presentan estos niños cuando tienen que realizar trabajos o juegos en los que es necesario la utilización de una estrategia y cierta dosis de paciencia. Usualmente estos niños se apuran y dan respuestas incorrectas o dejan incompletas las tareas que iniciaron. Dan respuestas precipitadas y erróneas a las preguntas que se les formulan y les resultan muy difícil seguir las instrucciones que se les da. La conducta impulsiva más que un problema se puede convertir en una conducta peligrosa que puede poner en riesgo la vida del niño, como por ejemplo jugar en el borde de un balcón o una terraza. Además, ellos tienen serias dificultades para esperar su turno en los juegos o en las actividades grupales. Pueden sustraer objetos que no les pertenecen, como juguetes de sus amigos y tienden a mentir para evitar el castigo. Estos dos últimos síntomas ha hecho que algunos autores sugieran la posibilidad de que estas manifestaciones se relacionen en la edad adulta con características de personalidad sociopática.

Los trastornos de la atención se deben dividir en:

- capacidad para resistir la distracción,
- capacidad para mantener la atención hasta completar una tarea, y
- la intensidad con que se enfoca la atención en un estímulo.

Los escolares con TDAH pueden fallar en uno o en todos estos componentes de la atención. Sus repercusiones sociales se evidencian cuando se distraen con facilidad y cambian la atención de un estímulo a otro. No completan las tareas que iniciaron, o pierden los elementos necesarios para las tareas escolares en la escuela o en el hogar (lápices, libros, etc.). Parecería además, que estos niños no escuchan las indicaciones que se les da, y en consecuencia esta situación puede dar como resultado el fracaso escolar y un atraso en el programa académico, lo que puede ser interpretado erróneamente como capacidad intelectual disminuida, que favorece un trato discriminatorio hacia los pacientes con TDAH.

La fase escolar es quizás una de las etapas de la vida de mayor nivel de frustraciones, debido a la iniciación de la interrelación social y a lo poco comprendidos que son estos niños por parte de los profesores y los amigos, que los juzgan rápidamente como niños malvados, retrasados mentales o simplemente como sujetos a los que se debe evitar y mantener a distancia. Recordemos que el mundo de seguridad que les proporcionaba su entorno familiar donde permanecían la mayor parte del tiempo y recibían un trato mucho más tolerante, cambió por un medio que no le brindaba la misma comprensión. Debido a esta situación, la comorbilidad de los trastornos afectivos y por ansiedad se incrementa notoriamente durante este período.

1.7 CAMBIOS SINTOMÁTICOS SE PRESENTAN DURANTE LA ADOLESCENCIA EN LOS PACIENTES CON TDAH

La adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la vida adulta. Los procesos de maduración biológica y psicológica dan como resultado una conducta muy peculiar. Si además existe algún trastorno como el TDAH, esta conducta se puede transformar en un elemento disruptivo de difícil control.

Las manifestaciones de hiperactividad son mucho más discretas, hay un cambio importante a nivel motor. Los jóvenes experimentan una sensación subjetiva de inquietud que se puede manifestar por golpeteo con los dedos de la mano sobre la mesa, cambios de posición frecuentes mientras permanecen sentados, movimientos de bamboleo de las piernas. Esta aparente disminución en la intensidad sintomática ha hecho pensar a varios investigadores que el TDAH puede remitir durante esta edad, sin embargo en estudios prospectivos amplios se ha determinado que hasta un 70% de los niños que padecían

TDAH durante la infancia, seguirán presentando este trastorno durante la adolescencia. Los adolescentes con TDAH siempre están en actividad y pueden verse envueltos en varias actividades al mismo tiempo. Logran completar de mejor manera sus tareas aun cuando con la misma eficacia que sus compañeros de aula. La hiperactividad en esta etapa puede asumir otras formas que mejoran la aceptación social. Es frecuente por ejemplo que estos adolescentes se involucren en prácticas deportivas, permitiendo canalizar adecuadamente las manifestaciones de hiperactividad.

La impulsividad es quizás el síntoma de mayor riesgo, si tomamos en cuenta que durante esta etapa el desarrollo muscular y físico en general permite el despliegue de una actividad de mayor amplitud. Los adolescentes con TDAH pueden verse frecuentemente involucrados en actos compulsivos muy peligrosos y de inadecuación social, por ejemplo, comportándose como patanes en el aula, retando a la autoridad, conduciendo vehículos a altas velocidades, pueden huir de casa por largos períodos o involucrarse en actividades al margen de lo establecido socialmente como consumo de drogas, abuso de alcohol, promiscuidad, prostitución. Es común que estos excesos ocurran de tiempo en tiempo y representan un problema psicosocial fuerte que deben enfrentar sus familiares, que se ven impotentes para controlar a sus hijos, por lo que no es nada raro que los traten con agresividad e incluso los expulsen del hogar.

El déficit de atención se mantiene casi igual que en la fase de la niñez, con dificultades para llegar a las metas de los trabajos o tareas que inician, los períodos de atención a los estímulos son cortos, se distraen con facilidad, tienen cambios frecuentes de atención de una actividad a otra. Estos síntomas repercutirán directamente en el rendimiento académico, que para esta etapa es más exigente que el que se tenía en la escuela primaria, dando como resultado más fracasos escolares que provocan disminución de la autoestima, aparición de cuadros de tipo depresivo y deserción escolar. Durante esta fase los intentos de suicidio y los suicidios se incrementan notablemente en pacientes que padecen TDAH, especialmente en aquellos adolescentes que no tienen un buen sostén familiar.

Las manifestaciones de TDAH durante la adolescencia son un factor de riesgo para el adecuado desarrollo psicosocial del individuo, y el tratamiento

debe incluir orientación para los padres y los maestros, psicoterapia individual y familiar, resolución de situaciones del momento, uso de psicofármacos y detección de los factores de estrés que puedan incidir adversamente. Es importante además mantener una regularidad en la asistencia a las consultas de los servicios de salud mental, sin dejar pasar períodos de demasiado largos (meses).

1.8 MANIFESTACIÓN DEL TDAH EN LOS ADULTOS

Se ha informado que entre el 35-40% de los adolescentes con TDAH continuarán presentando manifestaciones de TDAH en la vida adulta. Las manifestaciones clínicas adquieren características diferentes a las otras edades, debido a dos circunstancias: la cronicidad del trastorno, que favorece el desarrollo de un estilo de vida muy peculiar, y la influencia de los factores psicosociales.

La hiperactividad en el adulto, a diferencia de otras edades, no tiene un componente de la motricidad gruesa, más bien está referida a sensación de inquietud subjetiva, movimientos de los dedos. Están siempre ocupados en algún tipo de tarea, es decir se los ve siempre en movimiento, lo que los lleva a involucrarse en varios pasatiempos, o actividades deportivas, toleran mucho mejor el trabajo de campo que el de oficina. Cuando por motivos de salud deben guardar reposo, toleran muy mal los períodos de hospitalización, y pueden aparecer estados de tensión y crisis que obstaculizan el tratamiento médico. Su estilo de vida se caracteriza por ser fluctuante y muy activo, no se adaptan a los esquemas de vida sedentarios.

Las manifestaciones de impulsividad se expresan socialmente por los súbitos cambios de trabajo, del lugar de residencia y en relación con la estabilidad de pareja. Son personas que se han casado varias veces y sus matrimonios generalmente tienen una corta duración. Son más propensas a sufrir accidentes de tránsito porque transgreden las normas. Desde el punto de vista cognitivo, la impulsividad se manifiesta por las dificultades que tienen a la hora de organizar su trabajo, afectando el rendimiento que se espera en la posición laboral que desempeñan. En el ámbito social cambian a menudo los grupos de amigos que frecuentan y no logran mantener lazos sociales duraderos.

El déficit de atención es mucho más manifiesto en las actividades laborales. Estos sujetos no disfrutan de actividades que requieren concentración sostenida, se distraen fácilmente, lo que dificulta seriamente la culminación de las tareas que deben realizar. En la universidad estudian por cortos períodos. Sus récords académicos son bastante pobres y alcanzan niveles educativos más bajos que el promedio. Se muestran olvidadizos, fallan en cumplir los cronogramas, son poco detallistas y tienen poca capacidad para escuchar.

Todos estos fracasos tanto en el campo laboral, social o familiar influyen en una marcada pérdida de la autoestima y la aparición de comorbilidad en la que se destacan los cuadros de tipo depresivo, los de ansiedad, el abuso en el consumo de drogas y alcohol.

El diagnóstico de TDAH en el adulto requiere un análisis completo del estilo de vida del paciente y la revisión de los antecedentes psicopatológicos de la infancia y la adolescencia.