

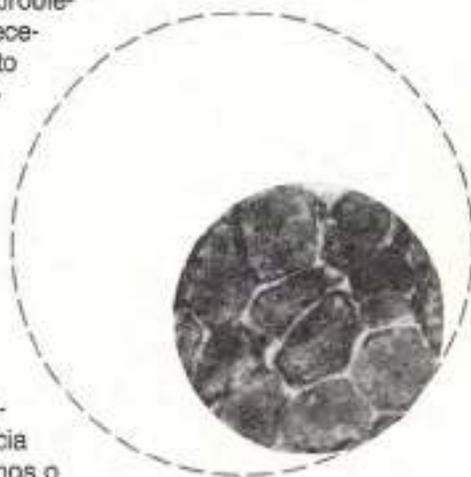
# Hacia una *psicología para entender:* explorando el misterio llamado TDAH

William A. Mosier  
Universidad de Wright State, Dayton, OH

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una etiqueta de diagnóstico que en realidad es una discapacidad oculta porque el niño con TDAH parece normal. Puesto que el niño con TDAH parece normal, los adultos cercanos al niño esperan que él o ella actúen normalmente. El problema es que lo considerado «normal» para un niño con TDAH no es necesariamente lo que generalmente se considera como comportamiento aceptable. El mayor «déficit» en TDAH es una barrera aparentemente muy grande entre el individuo con TDAH y su comprensión de que puede haber consecuencias serias en la vida, a causa del comportamiento inadecuado. ¿Si se le pregunta a un niño con TDAH, «¿Por qué hiciste eso? ¿No sabes que era incorrecto?»; una respuesta típica llega a ser «sí, sabía que era incorrecto, pero en ese momento cuando lo pensé, ya lo había hecho». El TDAH se refiere a un patrón del comportamiento caracterizado por la dificultad de sostener la atención enfocada al realizar tareas, al controlar los impulsos e inquietudes físicas o cognoscitivas. Tres resultados frecuentes adicionales son: una preferencia pronunciada por el estímulo táctil, relaciones deficientes, y una tendencia hacia respuestas emocionales exageradas a los estímulos externos o internos. Aunque la etiqueta de diagnóstico incluye la palabra hiperactividad; no se refiere solamente a los individuos que son físicamente sobre activos. El término de la hiperactividad puede referirse a una sobre actividad de pensamientos, mejor definido como una inquietud cognoscitiva. Las características de un individuo con TDAH que no exhibe los síntomas de la hiperactividad física, pueden ser el soñar despierto de manera crónica, perdiéndose en sus propios pensamientos, aparentemente sin motivación, inactivo, o a menudo ausente mentalmente.

Aunque los síntomas de TDAH se presentan en una edad muy temprana, no se reconocen con frecuencia hasta que un niño comienza a tener dificultad para acoplarse en el medio escolar. Aunque algunos de los comportamientos de TDAH se pueden considerar típicos para la edad temprana, el individuo con TDAH puede demostrar estos comportamientos con más frecuencia y a ma-





por grado que un niño sin TDAH. El TDAH es la causa más común de los desórdenes del comportamiento identificados en niños y adolescentes. Este es probablemente el problema neuro crónico de comportamiento más común encontrado en pediatría. También constituye la principal razón para la canalización de niños al área de profesionales de salud mental. Cerca de uno de cada diez niños en América llena los criterios de diagnóstico para TDAH. Esto representa cerca de cuatro millones de escolares. La proporción de niños en relación a las niñas diagnosticadas con TDAH es de 4:1. Sin embargo, en la edad adulta, parece ser de 1:1. Esta diferencia puede ser causada por factores de la expectativa social de condicionamiento típica entre niños y niñas. Aunque los primeros síntomas se notan durante la niñez, los efectos residuales pueden continuar hasta la edad adulta, con impacto devastador en el individuo que sufre TDAH así como a la sociedad. (1)

## HISTORIA

Aunque se refiere a menudo al TDAH como la nueva enfermedad del capricho de la generación actual, esta no es una nueva condición. Lo único que es nuevo es el nombre. Las primeras descripciones de los niños que exhibían los síntomas de TDAH fueron registradas por un médico alemán, Heinrich Hoffman en 1848. El primer informe publicado en inglés de niños que manifestaron las características del comportamiento de este síndrome aparecieron en 1902 en la publicación médica inglesa "Lancet". El autor, el Dr. George Still, calificó a estos niños con «defectos en el carácter» debido a su carencia del control, de impulsividad, la carencia de atención así como la sobre actividad emocional.

En 1934, en los Estados Unidos, estos niños comenzaron a ser categorizados como «orgánicamente conducidos». Para 1940, la etiqueta «distinción mínima cerebral» fue utilizada. En 1950 la etiqueta fue cambiada a «daño mínimo de cerebro». Para 1957, fue referida como «el desorden del impulso de Hiperquinesia» y en 1960 que volvió a reconocer como «disfunción mínima cerebral (MBD). Entonces, en 1968 con el amanecer del DSM II, hubo un cambio muy grande al reconocer al desorden como "reacción hiperquinética infantil" lo cual implicó que la educación impartida por los padres era el mayor contribuidor de esta manifestación. En 1982, con la publicación del DSM III, el término «desorden de déficit de atención» (DDA) fue introducido. El DSM III dividió la etiqueta DDA al agregarle la hiperactividad, DDA sin hiperactividad, y reconociendo que el síndrome se puede extender hasta la edad adulta.

Se le llamó DDA de tipo residual. En 1987, la etiqueta para el DDA sin hiperactividad fue cambiada por "desorden de déficit de atención sin diferencia". Mientras que la etiqueta de diagnóstico para describir a individuos con este síndrome ha cambiado, todas las etiquetas han sido una tentativa para describir la misma entidad. A partir del surgimiento del DSM-IV en 1994, se reconoce como TDAH. (2)

El TDAH es actualmente la causa principal del fracaso de los niños en la escuela. Uno de cada dos niños con TDAH reprobará por lo menos un año escolar. Uno de cada dos recibirá una suspensión de la escuela por lo menos una vez. Uno de cada diez será expulsado de escuela. Se estima que la mitad de todos los niños con TDAH necesitarán servicios de educación especial debido a una inhabilidad de aprendizaje y un setenta por ciento de ese grupo ya estará recibiendo servicios de educación especial antes de que su discapacidad sea diagnosticada como TDAH.

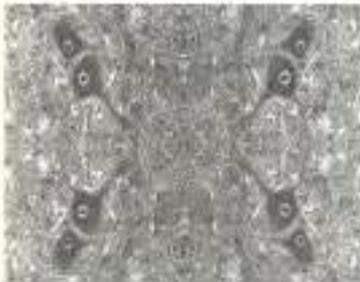
Cuarenta por ciento de todos los adolescentes con TDAH no terminará la preparatoria. El problema del tener dificultad extrema para poder mantener la atención enfocada puede afectar seriamente los esfuerzos académicos. Sin la capacidad de sostener la atención, el aprendizaje se puede ir



deteriorando seriamente. El proceso de aprender puede ser facilitado cuando la mente se encuentra receptiva y se puede concentrar en un campo de estudio particular. Cuando un niño no puede controlarla, puede experimentar fracaso en la escuela, lo cual puede dañar la autoestima del mismo y puede conducir a un fracaso continuo a través de la vida. (3)

## ETIOLOGÍA

El TDAH es una condición neuro-biológica que probablemente sea de base genética. Es causado por una alteración en la función del neurotransmisor que se origina entre la parte inferior cerebral y las estructuras límbicas que controlan las respuestas emocionales en relación al medio ambiente. Las anomalías subyacentes neuro-químicas son probablemente multifacéticas. La anomalía del cerebro puede ser estructural, química, o eléctrica. Los estudios han demostrado que la presencia y la regulación de la dopamina (DA) y de la norepinefrina (NE) en las áreas prefrontales del cerebro son cruciales al funcionamiento apropiado de los lóbulos frontales. Una escasez del NE y de DA puede hacer que las neuronas cerebrales interrumpan prematuramente la actividad de enfoque. DA es un mediador del nivel de actividad, de la agresividad, y de la irritabilidad. El NE regula la distracción, el nivel de la atención, así como el comportamiento que incita a la curiosidad. Los resultados de la investigación confirman una asociación entre TDAH y la disminución de la actividad de la DA y de la NE (4). En individuos con TDAH, la función inhibitoria de las áreas frontales se puede ver comprometida por un falta de regulación de DA y del NE. Esto puede resultar de una producción inadecuada de neurotransmisores, de una descarga inadecuada de los mismos, o de una fuente inadecuada de los sitios receptores para los neurotransmisores. Puede ser que resulte de una disfunción, reabsorción, o de una degradación demasiado rápida de los neurotransmisores. Es también posible que el mal funcionamiento resulte de un sistema anormal, pre o post sináptico. La emisión Tomográfica (PET) del positrón ha demostrado una disminución del



flujo de la sangre del cerebro en las áreas responsables de las funciones que controlan el nivel de actividad, el comportamiento que genera curiosidad, y el enfoque de la atención en los individuos diagnosticados con TDAH. (5)

Aunque la investigación proporciona evidencias substanciales de que el TDAH es genéticamente transmitido, no parece ser un origen genético común en todos los casos. Por lo tanto, su etiología se considera heterogénea. Diversas anomalías bioquímicas pueden estar implicadas, la mayoría de dichas anomalías también se consideran de origen genético. El químico del neurotransmisor que regula el nivel de excitación, motivación y aprendizaje, probablemente también juega un papel dominante. Debido a la existencia de diferentes subtipos de síntomas representando diversos subtipos de TDAH, cada uno de ellos puede resultar de una diversa clase de disfunción neuro-biológica. (6)

Un factor que tiende a confundir la aplicación en la etiología de TDAH es la asociación del abuso de alcohol y/o del abuso de la nicotina durante el embarazo de algunas madres de los niños diagnosticados con TDAH. Los estudios han demostrado una incidencia más alta de los niños que exhiben los síntomas de TDAH entre los hijos de madres que fumaron durante su embarazo (7). Se han observado los resultados similares cuando la madre consumió alcohol u otro tipo de droga durante el embarazo. Otros estudios indican un aumento pronunciado en el índice de TDAH entre individuos con antecedentes familiares del alcoholismo (8).





### ¿Qué no causa TDAH?

Hay muchos mitos sobre las causas de TDAH. Cada uno del siguiente carece de cualquier evidencia científica. TDAH no es causado por factores psicógenos. No es el resultado de métodos disciplinarios inadecuados o disfunción familiar. El abuso del niño, el divorcio, y otros problemas de la familia pueden agravar o contribuir a los síntomas de TDAH, sin embargo, estos elementos no causan TDAH. Aunque en casos muy raros (quizás en 2-8 por ciento de los casos) los aditivos alimenticios, preservantes, colorantes alergias, luz fluorescente, falta de vitaminas, sensibilidad a ciertos alimentos, aspartame o azúcar, pueden afectar el comportamiento de algunos niños y hacerlos ver más inquietos, sin embargo ninguno de ellos es la causa de TDAH (9).

### Criterios de diagnóstico

Los criterios de diagnóstico para TDAH se centran en una tríada de síntomas básicos: La falta de atención, la impulsividad, y/o la hiperactividad (las cuales se pueden expresar como inquietud física y/o cognoscitiva). Las señales para identificar TDAH son estos síntomas básicos que son presentados en un patrón crónico y persistente, contrario con las expectativas del adulto y siendo un problema presente desde la edad temprana. En los criterios de diagnóstico del DSM-IV para el TDAH se han aislado tres subtipos del desorden: TDAH-de tipo desatento, TDAH-de tipo hiperactivo/compulsivo, y TDAH-de tipo combinado.

Los nueve comportamientos asociados al TDAH-tipo desatento son:

- Incurrir en errores causados por descuido
  - Tener dificultad para sostener de la atención enfocada
  - Apariencia de no prestar la atención cuando se le habla directamente a la persona
  - Comenzar otra actividad antes de terminar la primera
  - Inhabilidades de organización/ ser desorganizado
  - La resistencia a ejecutar tareas que requieren esfuerzo mental persistente
  - Extraviar objetos con frecuencia
  - Fácil de distraer
  - Falta de memoria u olvidadizo
- (Teniendo seis de los nueve comportamientos del criterio de diagnóstico son suficientes para diagnosticar TDAH-tipo desatento)

Los nueve comportamientos asociados al TDAH de tipo hiperactivo/impulsivo son:

- Criterios de la hiperactividad*
- Nerviosismo
  - Incapaz de mantenerse sentado cuando se exige
  - Inquietud física
  - Dificultad de ejecutar actividades sin distraer a otros
  - Actuando como si fuera conducido por un motor
- Criterios Impulsivos*
- Hablando en exceso
  - Interrumpir de manera atropellada respondiendo fuera de tiempo
  - Impaciencia el esperar su turno
  - Interrumpir a los demás y entrometerse en actividades o conversaciones ajenas
- (Teniendo seis de los nueve comportamientos del criterio de diagnóstico son suficientes para diagnosticar TDAH-de tipo hiperactivo/compulsivo.)



Los criterios deben haberse observado, en el niño, por lo menos seis meses a un grado que sea socialmente inaceptado y consistente con lo que se considera apropiado de acuerdo a su edad. Los síntomas deben de estar presentes en dos ámbitos (e.g. hogar, escuela, trabajo) y estar presentes antes de los siete años. La diagnosis de TDAH no se limita a los niños. La fraseología de los criterios del DSM-IV se ha elegido para incluir específicamente las manifestaciones sintomáticas del adulto. Para diagnosticar a un adulto los síntomas deben haberse manifestado desde la edad temprana.

Los componentes de un diagnóstico confiable de TDAH incluyen: Evaluación médica, entrevista con los padres, evaluaciones con escalas del comportamiento (vía del profesor enviadas a la escuela y retomadas al evaluador), observación del niño, prueba de habilidades y prueba intelectual. Actualmente no hay pruebas de laboratorio disponibles que faciliten el diagnóstico del TDAH. Aunque hay pruebas automatizadas disponibles para determinar la capacidad de atención, en el niño, actualmente no hay necesidad de conducir un EEG, producción de imágenes elaboradas del cerebro o cualquier otra prueba médica de alta tecnología. (10)

#### Las influencias que pueden alterar la presentación de TDAH

El comportamiento del niño con TDAH puede ser notoriamente inconsistente. Algunos días un niño con TDAH despertará con los neurotransmisores funcionando más eficientemente que en otros días. Por lo tanto el niño podrá exhibir el comportamiento deseado. Esta es la razón por la cual los profesores se quejarán a menudo de que el niño con TDAH es perezoso y apático o que no se esfuerza. Hay también ciertas circunstancias bajo las cuales los síntomas parecen desaparecer.

Algunas de las situaciones donde los síntomas TDAH pueden desaparecer son:

- Durante una enfermedad
- Cuando el niño está recibiendo una respuesta inmediata constante (por ejemplo jugando Nintendo)
- Ambitos o situaciones novedosas (como la oficina del doctor)
- Un ambiente tranquilo sin distracciones
- Comunicación exclusiva entre el niño y el adulto
- Intimidación o amenaza (esto, sin embargo, no se recomienda para controlar el comportamiento) (11)

#### Diagnóstico diferencial

(Establecer un diagnóstico confiable requiere recopilar información verídica.)

Los antecedentes familiares deben ser cuidadosamente estudiados para determinar la existencia del TDAH en otros miembros de la familia. La entrevista de los padres debe incluir que los padres comparen el comportamiento comparados con los criterios del DSM-IV. Se debe de preguntar a los padres acerca de la historia de desarrollo, académica, y social del niño. Deben también describir los comportamientos específicos del problema que ven en el niño. La dinámica familiar debe ser discutida así como cualquier intervención y tratamiento previo. Las escalas de grado del comportamiento se pueden completar por los profesores así como padres para asegurarse de que los síntomas se manifiestan por lo menos en dos ámbitos. Existen muchas escalas de grado del comportamiento, que se modelaron siguiendo los criterios del DSM-IV.





Las escalas de grado del comportamiento son particularmente útiles porque representan medios simples, rápidos, y económicos de recopilar los datos que reducen parcialidad y subjetividad del evaluador. Porque todas las escalas demuestran eficacia equitativa, la preferencia en el tipo de la escala que se administre se debe basar en la facilidad de la administración y de evaluación de los resultados. Las escalas que se utilizan mayormente son las de Barkley, Conners, Copeland, Sparks, y Taylor. La observación directa del niño (o de la entrevista, en el caso de adolescentes y de adultos) puede revelar la evidencia de otros problemas psiquiátricos que influyen indudablemente en el plan del tratamiento. Debe ser considerado que debido a una capacidad de los individuos con TDAH de enfocarse más en una situación novedosa, la observación directa en un ambiente clínico puede no ser representante del comportamiento típico de los pacientes. La prueba psicológica es conveniente para asesorar los procesos perceptivos y visores-motores del niño, así como estados intelectuales y emocionales.

Un examen físico y/o de laboratorio sería solamente apropiado cuando se encuentran otros problemas médicos. Ciertas condiciones médicas pueden manifestar síntomas similares a los del TDAH. Sin embargo, generalmente los individuos que exhiben problemas más severos de comportamiento a los que se encuentran en el TDAH tienen a menudo discapacitaciones cognoscitivas más significativas. Aunque es considerablemente menos frecuente, un diagnóstico diferencial debe incluir pruebas para: alergias, desorden bipolar, la presencia de niveles tóxicos de plomo en la sangre, síndrome fetal del alcoholismo, síndrome de frágil X, desnutrición y efectos secundarios de algunos medicamento (anticonvulsivos, antihistamínicos, broncodilatadores, o corticoides), retraso mental, desorden de desarrollo persistente (como autismo). Encefalítica post-infecciosa o post-traumática, desórdenes neuro-degenerativos progresivos, esquizofrenia, desórdenes epilépticos, problemas de la tiroides, síndrome de Tourette, y phenylketonuria sin intervención. (12)

#### Enfermedades conjuntas y problemas asociados con el diagnóstico de TDAH

El diagnóstico del TDAH puede ser complicado. Aunque los síntomas son delineados relativamente específicos basados en los criterios del DSM-IV, puede haber un problema en la determinación de una diagnosis definitiva debido a la frecuencia de las condiciones conjuntas. Manifestaciones de enfermedades conjuntas de los pacientes afectarán diagnosis, pronóstico y el tratamiento. Por esta razón, la atención cuidadosa se debe dar a las deficiencias cognoscitivas, emocionales, del comportamiento y sociales. Debido a que las cosas comunes suceden con frecuencia, la ansiedad, los desórdenes del comportamiento, el aprendizaje y del humor se deben revisar rutinariamente.

Dos de cada tres individuos diagnosticados con TDAH tienen otro desorden psiquiátrico del Eje (Axis) I de diagnóstico. Uno de cada dos tiene un desorden de oposición-desafiante o desorden de la conducta. Uno de cada tres tendrá un desorden del humor o de ansiedad. Uno de cada dos tendrá deficiencia de coordinación motora. Por lo menos uno de cada tres niños con TDAH tiene un desorden de aprendizaje o de la comunicación. La investigación indica que cuando hay una enfermedad conjunta del TDAH con el déficit de aprendizaje se dobla el riesgo de bajo aprovechamiento académico, de la baja autoestima y comportamiento delincuente. Además, uno de cada tres puede tener síndrome de Tourette como enfermedad como problema colateral.

Cincuenta por ciento de individuos con TDAH tendrán una o dos condiciones de grupo de enfermedades conjuntas. Por lo tanto, cualquier plan del tratamiento debe incluir



intervenciones apropiadas para tratar estos problemas. Es raro que una medicina sea suficiente para resolver todos los síntomas que se presentan cuando existe una enfermedad colateral (13).

### Características positivas de TDAH

Existen aspectos positivos al tener TDAH. Las características deseables de TDAH proporcionan las ventajas potenciales que pueden compensar las limitaciones que acompañan al TDAH. Si un niño recibe apoyo apropiado, los rasgos siguientes de TDAH se pueden traducir en características valiosas para obtener una vida adulta productiva de adulto:

- Persistencia (mientras la autoestima permanece intacta, los individuos con TDAH tienden a exhibir una mayor propensión para recobrase al experimentar obstáculos, comentarios negativos o fracaso

- Aceptando y perdonando a otros. ( Los individuos con TDAH tienden a aceptar y perdonar a otros sin guardar resentimientos ni envidia)
- Curiosidad (los individuos con TDAH tienden a exhibir una curiosidad que conduce a enfoque en grados muy altos)
- Intuición. ( Las emociones fuertes combinadas con el enfoque a grados altos, pueden conducir a un individuo de TDAH a tener respuestas emocionales considerando sensiblemente a las personas y a las situaciones)
- Nivel de alta energía. (La campaña de reclutamiento del ejército en Estados Unidos indica, «hacemos más hasta las 9:00a.m. que la mayoría de la gente hace hasta el mediodía», puede ser debido a que el mayor porcentaje de individuos con TDAH tienen mas profesiones militares que en cualquier otra profesión
- Imaginación (Los individuos con TDAH demuestran a menudo una tendencia a tener ideas creativas y gran imaginación)
- Memoria de largo plazo a menudo fuera de lo común. (Recuerdan acontecimientos lejanos y puntos aparentemente triviales que se pueden pasar por alto por otros, son recordados a menudo en gran detalle por los individuos con TDAH)
- Aprecian retos y cambio. (Los individuos de TDAH tienden a ser menos temerosos y toman riesgos. Están predispuestos para enfrentar problemas sin rendirse)(14)

### ¿Tratar o no tratar? ¡Ésa es la pregunta!

Individuos con TDAH que no han sido identificados y/o sin tratamiento tienen un aumento de posibilidad de experimentar la disfunción educativa, la disfunción en la familia, problemas sociales, y de la baja autoestima. Los efectos a largo plazo son potencialmente devastadores no sólo para el individuo sino también para la sociedad, en términos de pérdida de productividad y del ajuste social. Incluso los criterios de diagnóstico describen solamente y en forma específica los aspectos negativos del TDAH. Los aspectos positivos del síndrome se pasan por alto generalmente.





Los individuos que presentan síntomas típicos del TDAH, han sido juzgados y castigados desde la edad temprana. Las cosas que hicieron mal, se podrían haber hecho mejor si los individuos tan sólo se hubieran esforzado más. Este mensaje negativo escuchado repetidamente tiende a crear un ciclo de inseguridad de sí mismo, miedo de ser insuficiente y sentido de fracaso. La consecuencia a menudo es baja autoestima. Se debe de acentuar de manera categórica el no afectar la autoestima. Sin la intervención adecuada, muchos individuos con TDAH están en riesgo de desarrollar alcoholismo o abuso de otras sustancias adictivas, inmadurez emocional, y dificultades de relaciones interpersonales. (15).

### Un acercamiento multimodal al tratamiento

Debido a que el TDAH es una condición compleja, un acercamiento multimodal comprensivo para su control es esencial. Al tratar TDAH, el tratamiento médico, modificación del comportamiento, la intervención educativa y el asesoramiento psicológico son consideraciones importantes. Porque TDAH es una «inhabilidad de desarrollo» para la cuál allí no existe curación, si usted está tratando a niños o adultos, el tratamiento acertado debe abarcar los aspectos del comportamiento, educativos, médicos, psicológicos y sociales en la vida del paciente. Todos los pacientes no manifestarán TDAH de manera semejante. Asimismo, el plan del tratamiento no consistirá de las mismas estrategias de intervención para cada paciente. Algunos pacientes serán más impulsivos, mientras que otros son más distraídos o hiperactivos. Cada caso requiere intervenciones particulares dependiendo del comportamiento específico. El TDAH se puede incluso manifestar en algunos individuos como bajo nivel de actividad o letargo. La meta del tratamiento debe ser mejorar la calidad de la vida mientras que se protege la autoestima y se cultiva un sentido de la capacidad social.

Un plan de tratamiento eficaz debe incluir:

1. Educación para los padres (para que ellos puedan entender la base neurobiológica del TDAH)
2. Entrenamiento para los padres (para ayudar a los padres a aprender las estrategias de la modificación de comportamiento que ayudará al niño a obtener auto control)
3. Estrategias de intervención (ajustando el ámbito escolar para acomodar las necesidades educativas y estilos que requiere el personal educativo escolar para manejar niños con TDAH)
4. Terapias de comportamiento y cognoscitivas (ayudar al individuo a realizar reflexión, auto control y habilidad de sobreponerse)
5. Grupos de apoyo
6. Evaluar y tratar problemas conjuntos
7. Tratamiento médico

(Ochenta por ciento de todos los niños que manifiestan los problemas del comportamiento o de aprendizaje causados por TDAH se benefician de la medicación psicoestimulante. El veinte por ciento que no se benefician de la medicación, tendrán en su mayoría una enfermedad conjunta, la cual responde a otra farmacoterapia).

La eficacia del tratamiento será relacionada directamente con el grado al cual:

1. Se reconozca la naturaleza biológica del síndrome
2. La resolución a las necesidades de apoyo para la familia
3. Encontrar solución a los problemas escolares
4. El manejo correcto de las enfermedades conjuntas
5. Consolidar la autoestima del paciente



Sin un plan eficaz para el manejo del comportamiento para ayudar al niño con TDAH a que modifique su comportamiento; el tratamiento no dará lugar a una mejoría óptima en términos de una disminución del comportamiento disfuncional. (15)

Los individuos que tienen carencias de las habilidades de comportamiento deseados, tienen como resultado carencias que son necesarias para el ajuste académico y social adecuado. La medicación, sola, no enseña los comportamientos apropiados para hacer frente a las opciones de la vida. Sin embargo, la medicación conjuntamente con el entrenamiento apropiado de la modificación del comportamiento puede facilitar el establecer de una rutina para el comportamiento social competente. El papel de la medicación es ayudar al niño a ganar autodominio para no controlar al niño. La medicación ayuda al individuo a responder fácilmente a las señales sociales y a las oportunidades educativas. Para que el plan de tratamiento tenga éxito es vital que el niño sea considerado responsable de su comportamiento

Cuando se logra esto mediante la medicación se puede esperar la facilitación de la mejora del comportamiento que se sostiene en un cierto plazo, incluso una vez que el individuo no está en medicación. La meta es que el cerebro reciba suficiente refuerzo para seguir el patrón preferido del comportamiento. Esto provee al individuo de una memoria para que se sienta en control de sus impulsos; así se consigue más facilidad en el control de uno mismo. Una vez que se trate la depresión, el insomnio se resolverá. El problema del rebote de la tarde es resuelto a menudo agregando una dosis después de la escuela.

## CONCLUSIÓN

El TDAH es un síndrome crónico que puede producir problemas del ajuste incluso en edad adulta. Los individuos con TDAH y sus familias necesitan un sistema de apoyo y recursos disponibles para ayudarles a enfrentar las complicaciones que potencialmente pueden resultar a consecuencia del síndrome. Un acercamiento multimodal al tratamiento debe incluir el planeamiento para asegurar un ambiente claramente estructurado en el hogar y la escuela donde se tengan expectativas del comportamiento definidas y reforzadas con un plan apropiado de la modificación del comportamiento. La estructura apropiada del salón de clase es absolutamente vital para que el plan del tratamiento sea exitoso. Quizás sea necesario el tener a disposición tutores y ayuda adicional que contribuyan al desarrollo de habilidades de organización.

Los mejores resultados crecerán a través de un acercamiento de equipo que incluye el hogar, la escuela, las personas a cargo del cuidado de los niños, y médicos que trabajan juntos para obtener mejor interés del niño. Las personas a cargo del cuidado de la salud mental tienen la responsabilidad de educar a clientes y a sus familias sobre TDAH y de atacar los mitos que rodean sus causas y tratamiento. Aunque la medicación es primordial para el tratamiento apropiado, debe ser entendido claramente que la medicación como único recurso no es una intervención adecuada. Sin un plan que incluya estrategias de la modificación del comportamiento, la eficacia de la medicación será limitada. De la misma manera, la psicoterapia sin la medicación y la modificación del comportamiento tiene un valor muy limitado. A pesar de un esfuerzo de comercialización que intentaron cambiar la dieta del niño o agregar el suplemento alimenticio, tal como pycnogenol, alga, o las vitaminas no tendrá ningún efecto apreciable para disminuir los comportamientos negativos asociados a TDAH. Aunque hay quienes piensan que la acupuntura y la quiropráctica pueden tratar TDAH, ni una ni otra han demostrado ningún tipo de eficacia en estudios controlados. (15)

De todos los tratamientos que son ineficaces para tratar al TDAH, el castigo físico es el más destructivo. El castigo físico debe ser evitado. Los niños con TDAH tendrán la tendencia a demostrar desafío y comportamiento agresivo hacia otros en respuesta al castigo físico como forma de disciplina. Aunque los golpes pueden producir la conformidad temporal, las emociones que experimenta el niño debido a los golpes tenderán a tener un impacto seriamente negativo en la autoestima y su entendimiento de lo que constituye comportamiento social aceptable. El reconocer que las formas típicas de disciplina tienden a fracasar con un niño con TDAH es un paso crucial. Los padres deben ser proporcionados con alternativas al azote o al maltrato.





Table I

**Estrategias del manejo del comportamiento para el hogar y la escuela:**

- Un sistema de refuerzo positivo se debe iniciar para generar comportamientos deseables. (Los refuerzos verbales deben identificar el comportamiento que usted desea animar).
- El comportamiento inaceptable se debe controlar con técnicas de consecuencias lógicas en lugar del castigo físico.
- Evite intentar razonar con el niño- evite dar al niño más de una orden a la vez.
- Enseñe habilidades de organización.
- Evite las amenazas - sea constante con disciplina.
- Evite preguntar al niño, «por qué hiciste esto?»
- Comuníquese con el niño cara a cara y mirando hacia los ojos.
- Toque al niño cuando usted está hablando con él/ella. (Esto ayudará al niño a prestar atención a lo que usted está diciendo, proceda usando señales verbales con suavidad mientras que toca al niño en el hombro).

Table II

**Estrategias para modificar el ambiente de escuela**

- Proporcione un lugar de estudio reservado para el niño.
- Aleje al niño de distracciones.
- Coloque el escritorio del niño al frente, dentro del alcance de los brazos del profesor.
- Divida las tareas en una serie de trabajos más pequeños.
- El tiempo de los períodos del trabajo deben ser cortos a manera que el niño pueda mantener atención sin aburrirse o desesperarse.

**REFERENCIAS**

1. Barkley R.A. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press; 1990.
2. Quinn PO. *Attention Deficit Disorder: Diagnosis and Treatment from Infancy to Adulthood*. New York: Brunner / Mazel, Inc.; 1997.
3. Taylor JF. *Helping your Hyperactive /Attention Deficit Child*. 2nd edition. Rockin, CA: Prima Publishing; 1994.
4. Barkley RA, et al. Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1992;20:169-186.
5. Voeller KS. What can neurological models of attention, intention and arousal tell us about ADHD? *Journal of Neuro psychiatry* 1991;3(2),209-216.
6. Reiff M, Banez G, Culbert T. Children who have attentional disorders: Diagnosis and evaluation. *Pediatrics in Review*; 1993;14:455-465.
7. Matson J. (Editor). *Handbook of Hyperactivity in Children*. Boston: Allyn and Bacon; 1993.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
9. Hallowell EM, Ratey JJ. *Driven to Distraction*. New York: Pantheon Books; 1993.
10. Rostrain A. Attention deficit disorders in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*. 1991;38:607-635
11. Bladerman J, et al. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:564-577.
12. Copps SC. *The Attending Physician: Attention Deficit Disorder (A Guide for Pediatricians and Family Physicians)* Atlanta: SPI Press; 1992.
13. Ingersoll BD, Goldstein S. *Attention deficit disorder and learning disabilities: Realities, myths and controversial treatments*. New York: Doubleday; 1993.
14. Braswell L, Bloomquist M. *Cognitive-Behavioral Therapy with TDAH Children: Child, Family and School Interventions*. New York: Guilford Press; 1991.
15. Mosier WA. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Separating Fact from Fallacy. *Advance for PAs*. 1997;5(2):14-21.



Sin un plan eficaz para el manejo del comportamiento para ayudar al niño con TDAH a que modifique su comportamiento; el tratamiento no dará lugar a una mejoría óptima en términos de una disminución del comportamiento disfuncional. (15)

Los individuos que tienen carencias de las habilidades de comportamiento deseados, tienen como resultado carencias que son necesarias para el ajuste académico y social adecuado. La medicación, sola, no enseña los comportamientos apropiados para hacer frente a las opciones de la vida. Sin embargo, la medicación conjuntamente con el entrenamiento apropiado de la modificación del comportamiento puede facilitar el establecer de una rutina para el comportamiento social competente. El papel de la medicación es ayudar al niño a ganar autodominio para no controlar al niño. La medicación ayuda al individuo a responder fácilmente a las señales sociales y a las oportunidades educativas. Para que el plan de tratamiento tenga éxito es vital que el niño sea considerado responsable de su comportamiento

Cuando se logra esto mediante la medicación se puede esperar la facilitación de la mejora del comportamiento que se sostiene en un cierto plazo, incluso una vez que el individuo no está en medicación. La meta es que el cerebro reciba suficiente refuerzo para seguir el patrón preferido del comportamiento. Esto provee al individuo de una memoria para que se sienta en control de sus impulsos; así se consigue más facilidad en el control de uno mismo. Una vez que se trate la depresión, el insomnio se resolverá. El problema del rebote de la tarde es resuelto a menudo agregando una dosis después de la escuela.

## CONCLUSIÓN

El TDAH es un síndrome crónico que puede producir problemas del ajuste incluso en edad adulta. Los individuos con TDAH y sus familias necesitan un sistema de apoyo y recursos disponibles para ayudarles a enfrentar las complicaciones que potencialmente pueden resultar a consecuencia del síndrome. Un acercamiento multimodal al tratamiento debe incluir el planeamiento para asegurar un ambiente claramente estructurado en el hogar y la escuela donde se tengan expectativas del comportamiento definidas y reforzadas con un plan apropiado de la modificación del comportamiento. La estructura apropiada del salón de clase es absolutamente vital para que el plan del tratamiento sea exitoso. Quizás sea necesario el tener a disposición tutores y ayuda adicional que contribuyan al desarrollo de habilidades de organización.

Los mejores resultados crecerán a través de un acercamiento de equipo que incluye el hogar, la escuela, las personas a cargo del cuidado de los niños, y médicos que trabajan juntos para obtener mejor interés del niño. Las personas a cargo del cuidado de la salud mental tienen la responsabilidad de educar a clientes y a sus familias sobre TDAH y de atacar los mitos que rodean sus causas y tratamiento. Aunque la medicación es primordial para el tratamiento apropiado, debe ser entendido claramente que la medicación como único recurso no es una intervención adecuada. Sin un plan que incluya estrategias de la modificación del comportamiento, la eficacia de la medicación será limitada. De la misma manera, la psicoterapia sin la medicación y la modificación del comportamiento tiene un valor muy limitado. A pesar de un esfuerzo de comercialización que intentaron cambiar la dieta del niño o agregar el suplemento alimenticio, tal como pycnogenol, alga, o las vitaminas no tendrá ningún efecto apreciable para disminuir los comportamientos negativos asociados a TDAH. Aunque hay quienes piensan que la acupuntura y la quiropráctica pueden tratar TDAH, ni una ni otra han demostrado ningún tipo de eficacia en estudios controlados. (15)

De todos los tratamientos que son ineficaces para tratar al TDAH, el castigo físico es el más destructivo. El castigo físico debe ser evitado. Los niños con TDAH tendrán la tendencia a demostrar desafío y comportamiento agresivo hacia otros en respuesta al castigo físico como forma de disciplina. Aunque los golpes pueden producir la conformidad temporal, las emociones que experimenta el niño debido a los golpes tenderán a tener un impacto seriamente negativo en la autoestima y su entendimiento de lo que constituye comportamiento social aceptable. El reconocer que las formas típicas de disciplina tienden a fracasar con un niño con TDAH es un paso crucial. Los padres deben ser proporcionados con alternativas al azote o al maltrato.





Table I

**Estrategias del manejo del comportamiento para el hogar y la escuela:**

- Un sistema de refuerzo positivo se debe iniciar para generar comportamientos deseables. (Los refuerzos verbales deben identificar el comportamiento que usted desea animar).
- El comportamiento inaceptable se debe controlar con técnicas de consecuencias lógicas en lugar del castigo físico.
- Evite intentar razonar con el niño- evite dar al niño más de una orden a la vez.
- Enseñe habilidades de organización.
- Evite las amenazas - sea constante con disciplina.
- Evite preguntar al niño, «por qué hiciste esto?»
- Comuníquese con el niño cara a cara y mirando hacia los ojos.
- Toque al niño cuando usted está hablando con él/ella. (Esto ayudará al niño a prestar atención a lo que usted está diciendo, proceda usando señales verbales con suavidad mientras que toca al niño en el hombro).

Table II

**Estrategias para modificar el ambiente de escuela**

- Proporcione un lugar de estudio reservado para el niño.
- Aleje al niño de distracciones.
- Coloque el escritorio del niño al frente, dentro del alcance de los brazos del profesor.
- Divida las tareas en una serie de trabajos más pequeños.
- El tiempo de los periodos del trabajo deben ser cortos a manera que el niño pueda mantener atención sin aburrirse o desesperarse.

**REFERENCIAS**

1. Barkley R.A. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press; 1990.
2. Quinn PO. *Attention Deficit Disorder: Diagnosis and Treatment from Infancy to Adulthood*. New York: Brunner / Mazel, Inc.; 1997.
3. Taylor JF. *Helping your Hyperactive /Attention Deficit Child*. 2nd edition. Rocklin, CA: Prima Publishing; 1994.
4. Barkley RA, et al. Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1992;20:163-188.
5. Voller KS. What can neurological models of attention, intention and arousal tell us about ADHD? *Journal of Neuro psychiatry* 1991;3(2):209-216.
6. Reiff M, Banez G, Culbert T. Children who have attentional disorders: Diagnosis and evaluation. *Pediatrics in Review*. 1993;14:455-465.
7. Matson J. (Editor). *Handbook of Hyperactivity in Children*. Boston: Allyn and Bacon; 1993.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
9. Hallowell EM, Ratey JJ. *Driven to Distraction*. New York: Pantheon Books; 1993.
10. Rostrain A. Attention deficit disorders in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*. 1991;38:607-635
11. Biederman J, et al. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:564-577.
12. Copps SC. *The Attending Physician: Attention Deficit Disorder (A Guide for Pediatricians and Family Physicians)* Atlanta: SPI Press; 1992.
13. Ingersoll BD, Goldstein S. *Attention deficit disorder and learning disabilities: Realities, myths and controversial treatments*. New York: Doubleday; 1993.
14. Braeswell L, Bloomquist M. *Cognitive-Behavioral Therapy with TDAH Children: Child, Family and School Interventions*. New York: Guilford Press; 1991.
15. Mosier WA. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Separating Fact from Falacy. *Advance for PAs*. 1997;5(2):14-21.

