

Guía de ayuda a pacientes y familiares

Tenemos un niño que tiene un TDAH ¿Qué necesitamos saber?

Dr. Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

Hiperactividad
Déficit de Atención
Impulsividad



FUNDACIÓN JUAN JOSÉ
LÓPEZ-IBOR



Fundación **Arpegio**



Tenemos un niño que tiene un TDAH ¿Qué necesitamos saber?

Dr. Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

- FUNDACIÓN JUAN JOSÉ LÓPEZ-IBOR (www.fundacionlopezibor.es).

Creada en 2005 por el doctor en psiquiatría Prof. Juan José López-Ibor Aliño, tiene por objeto la asistencia, docencia e investigación en el campo de la psiquiatría, la salud mental, la neurociencia y otros campos relacionados de las ciencias de la salud. Desarrolla sus actividades tanto en territorio nacional como en el ámbito internacional. La Fundación integra a prestigiosos expertos nacionales e internacionales en el campo de las enfermedades mentales.

- FUNDACIÓN ARPEGIO (www.fundacionarpegio.es).

En nuestra sociedad existen cuestiones que todos consideramos que han de ser resueltas antes de que produzcan una seria fractura social, como son la violencia de género y escolar, la inmigración y su integración normalizada, las discapacidades, las dependencias, la exclusión, el trabajo para los jóvenes y para las personas en edades más avanzadas; las ayudas y los servicios de ayuda a las familias; la formación profesional; la vivienda para los jóvenes, el desarrollo cultural y tecnológico, la protección de la salud, la defensa de los consumidores y del medio ambiente, entre otros.

La Comunidad de Madrid puso en marcha en 2007 la Fundación Arpegio como un instrumento ágil, flexible y capaz para llegar a tiempo allí donde haya que satisfacer un interés general de carácter social o cultural, para ayudar a las personas y colectivos que lo precisan así como colaborar con instituciones que cumplen fines encomiables.

¿Qué es el TDAH?	5
<i>¿Qué es el déficit de atención?</i>	6
<i>¿Qué es la hiperactividad?</i>	8
<i>¿Qué es la impulsividad?</i>	9
¿Por qué se produce el TDAH?	11
¿Es siempre igual la clínica del TDAH?	11
¿Por qué me siento culpable?	13
¿Cómo se trata el TDAH?	14
¿Se cura el TDAH?	15
Consecuencias relacionadas con el TDAH	16
¿Cómo será mi hijo con TDAH de mayor?	16
¿Cómo influyen la situación social actual en el TDAH?	18
¿Qué más puedo hacer?	19
Bibliografía	22

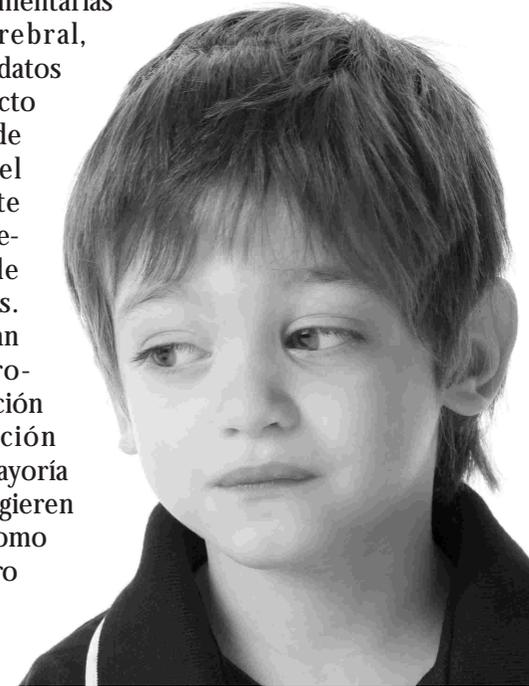
¿Qué es el TDAH?

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el problema psiquiátrico más frecuente de cuantos afectan a los niños en edad escolar. Su prevalencia se sitúa entre 4 y 8% de los niños (APA, 2000), con independencia de donde nazca o se críe el niño. Debuta en la infancia, pero debe ser entendido con un prisma temporal más amplio ya que evoluciona a lo largo de la vida. Y está relacionado con problemas tanto para el propio paciente, como para su entorno, ya sea familiar, en el colegio o para la sociedad en sí misma.

Hasta la fecha entendemos que los síntomas, es decir la clínica, sigue siendo el pilar fundamental para entender que es el trastorno por déficit de atención. Este problema se conforma por la suma de tres grupos de síntomas; como son el déficit de atención, la hiperactividad o la impulsividad.

Es importante diferenciar estos síntomas de las conductas evolutivamente normales del niño, y por supuesto de otros problemas o trastornos que pueden presentar síntomas similares. En otras palabras, no todos los niños que se mueven mucho o tiene problema para atender tiene un TDAH.

Si bien el uso de algunas pruebas complementarias (scanner, resonancia magnética cerebral, electroencefalografía...), pueden aportar datos interesantes a la hora de realizar un correcto diagnóstico, estas no están justificadas de manera rutinaria e insistimos que el diagnóstico sigue siendo eminentemente clínico, de ahí la importancia de que un especialista con experiencia en este tipo de trastornos evalúe los posibles casos. (Biederman J, Faraone SV. 2005; Goldman et al, 1998; San Sebastián & Quintero-Gutiérrez, 2003). Una correcta exploración clínica, acompañada de una evaluación neuropsicológica será suficiente en la mayoría de los casos. Algunos datos recientes sugieren que técnicas de neuroimagen funcional, como la magnetoencefalografía, podrían en un futuro tener alguna función diagnóstica, pero esto hoy solo tiene validez investigadora (Fernández et al 2009).



En resumen, el TDAH combina tres grupos de síntomas fundamentales, que pueden estar presentes, pero no es necesario que todos lo estén. Estos son los relacionados con el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Siguiendo las clasificaciones actuales más difundidas (la publicada por la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-IV (APA, 2000) o la publicada por la Organización Mundial de la Salud, en su apartado de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), vamos a describir los tres tipos fundamentales de síntomas que presentan estos pacientes:

¿Qué es el déficit de atención?

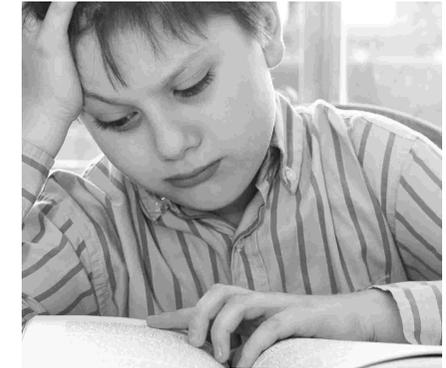
Se centra en los problemas derivados de las dificultades que algunos niños presentan para hacer un uso eficaz de la atención, tanto en su capacidad para focalizarla, orientarla como para sostenerla a lo largo del tiempo o resistirse a los distractores.

La supremacía histórica del concepto de “hiperactividad” o “hipercinesia” frente a otros síntomas tanto o más importantes en el TDAH, como es el déficit de atención, ha supuesto que el concepto de déficit de atención, quedara relegado a un segundo plano durante mucho tiempo. Por esto, cuando el déficit de atención no va unido a la hiperactividad son niños de diagnóstico más tardío. Con frecuencia son etiquetados de vagos, y no suelen consultar hasta que no presentan problemas claros en el colegio, con lo que lo hacen de forma más tardía, con su consecuente caída en el rendimiento escolar y riesgo sobreañadido de fracaso escolar.

Estos pacientes se caracterizan por presentar una distraibilidad excesiva, de forma que cualquier elemento extraño consigue desviar su atención. No parecen escuchar cuando se les está hablando directamente, lo cual en ocasiones, interfiere con la adecuada comprensión de las órdenes dadas por los padres o figuras de autoridad y el consiguiente incumplimiento de las mismas. Es frecuente que tengan dificultades para seguir las instrucciones máxime cuando éstas son complejas o tienen varios pasos consecutivos a seguir.

Presentan dificultades para sostener la atención y mantener su grado de concentración especialmente en la realización de las tareas y deberes escolares, ya que son percibidas como tareas monótonas e incluso aburridas. Debido a esta dificultad que presentan es frecuente que necesiten de una ayuda externa, ya sean los padres, profesores o terceras personas, para hacer las tareas y que sean capaces de redireccionar la atención.

No debemos entender el déficit de atención como una imposibilidad o una inatención absoluta, sino la necesidad de estímulos de una intensidad variable, pero que en cualquier caso que alcancen el umbral de cada niño con déficit de atención, de manera que las tareas por monótonas o aburridas, que no sobrepasan dicho límite se convierten en insalvables para estos niños, mientras que las que si lo superan, no generan esa dificultad. Así, no debe extrañar que a pesar de las dificultades para manejar su atención, encuentren que las nuevas tecnologías o las videoconsolas y sus estímulos de alta intensidad, consiguen sobrepasar su umbral, captar su atención. Un aspecto añadido es la motivación hacia la tarea, que ejerce un efecto claramente favorecedor para sostener la atención.



La lectura suele ser uno de los caballos de batalla de los pacientes con déficit de atención; como ya hemos mencionado, les cuesta concentrarse de forma que textos largos o complejos que requieran un especial esfuerzo de concentración tienden a presentar excesivas dificultades en estos niños, ya que no son capaces de estar concentrados en lo que están leyendo durante mucho tiempo, así que es frecuente que estos chicos durante la lectura olviden lo que estaban leyendo y tengan, una y otra vez, que volver a repetir lo que habían leído. En algunos casos se desarrolla una avidez por la lectura, con lo que el paciente consigue centrarse, lo que se denomina hiperfocalizar, sin aparente esfuerzo en la misma, aunque en otras áreas o tareas si se expresan los problemas de atención. Esto se explica de la misma manera que las videoconsolas ejercen un efecto parecido en otros chicos.

Es frecuente también que presenten ensoñaciones, que se queden abstraídos en sus propios pensamientos durante el día. Les cuesta empezar tareas, pero les es mucho más difícil terminarlas, máxime cuando lo que queda son los detalles de la misma. Es frecuente que se aburran con facilidad así que cambian de actividad con frecuencia, les cuesta trabajar en solitario, así que necesitan de ayuda externa para conseguir terminar las tareas. No prestan atención a los pequeños detalles y, en muchas ocasiones, cometen errores por descuidos, lo que es especialmente frecuente en las realizaciones de cálculos matemáticos y aún sabiendo como realizar la operación o el problema, pueden equivocarse por pequeños fallos al cambiar un signo o “copiar el resultado”, ya que son actividades especialmente dependientes de una adecuada atención. Es frecuente que también sean lentos en su lecto-escritura (McGee & Share, 1988).

De forma global, es frecuente que estos niños tengan pocas habilidades de aprendizaje, podemos también entender que la atención puede ser concebida como la puerta de entrada para el resto de las funciones cognitivas, lo cual hace que una pobre atención dificulte sobremanera la adquisición de nuevas técnicas y habilidades de estudio y, sobretodo, dificultades en la consolidación de una memoria eficaz (McGee & Share, 1988). Estos niños tienden a compensar con estilos excesivamente memorísticos a la hora de estudiar, lo que al ser unos estilos poco eficaces, se agotan a medida que aumentan las exigencias escolares.

Junto con las dificultades de rendimiento escolar, tienen problemas para organizarse con las tareas, por ejemplo, planificar, preparar actividades e incluso gestionar el tiempo que le dedican a las tareas o deberes escolares. Tienden a tener mayor riesgo de presentar problemas en la lectura, escritura o el cálculo que otros niños.

Son inconsistentes en su funcionamiento de forma que pueden tener días brillantes realizando las tareas de forma adecuada, para que al día siguiente parecer que ha olvidado todo lo aprendido en los días previos (Mayes y otros 2000).

Cuando son estos los síntomas que predominan se hace referencia a este tipo o subtipo diagnóstico como el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, subtipo Inatento o, simplemente, trastorno por déficit de atención, aunque lo más frecuente es que los síntomas aparezcan combinados.

¿Qué es la hiperactividad?

Una vez más hay que tener en cuenta que ciertas conductas hiperquinéticas, no quizás emitidas propiamente como tales, sino más bien como una inquietud psicomotriz, son o deben ser entendidas como normales en niños en edades preescolares y escolares que se encuentran en pleno proceso de explorar el mundo que les rodea y para acercarnos a la calificación de conducta alterada debemos fijarnos en la frecuencia, la intensidad, la direccionalidad o intención de las mismas y sobretodo en la disfunción que generan esas conductas. Así prototípicamente los niños con TDAH, se mueven más, pero también peor, es decir, en muchas ocasiones la conducta no tiene un finalidad en sí misma, o ésta se pierde durante su realización.

Es útil fijarnos en cuales son las conductas hiperactivas definidas, así es frecuente que los niños, en su inquietud por conocer el mundo, se acerquen a todos aquellos estímulos novedosos. En el niño hiperactivo esta conducta pierde muchas veces este fin, de manera que se acercan a los diferentes estímulos de

forma no claramente intencionada, aproximándose a uno, otro, otro.; así sucesivamente sin llegar a investigar ninguno de ellos en profundidad. De forma global, las características que definen los síntomas de la hiperactividad vendrían definidos porque son niños en constante movimiento, corren en situaciones donde esta conducta es inapropiada. Son percibidos por sus padres y su entorno como excesivamente activos o como estar siempre “como una moto”. Les cuesta permanecer sentados, así que durante el tiempo que lo están se retuercen en la silla, se levantan en diferentes ocasiones, cambian de postura, etc... (APA, 2000).

En la conducta de estos niños encontramos un alto grado de movimientos innecesarios ya sea con las manos o con los pies, aún cuando están sentados. Así muchas veces son sus padres quienes hacen referencia a que parece que siempre necesitan tener algo entre las manos o hacer algo con las manos. Todas estas conductas inapropiadas suelen venir acompañadas de ruidos, también inadecuados, que acaban molestando a la gente de su entorno. Durante las horas escolares se levantan varias veces en clase en momentos en los que se supone deberían permanecer sentados.

Son niños que tienden a hablar en exceso, lo cual no necesariamente plantea un adelanto en el desarrollo del lenguaje. También mencionar que son niños a los que les es difícil relajarse o calmarse por sus propios medios, lo que se puede confundir con un exceso de ansiedad.

¿Qué es la impulsividad?

Como hemos dicho con anterioridad, un cierto grado de bajo control de los impulsos en los niños es normal, de hecho uno de los mayores retos de la infancia esta en conseguir un adecuado y completo control motor, que también incluye un correcto control de los impulsos (Menéndez Benavente, 2001). No obstante en los menores que presentan TDAH, las características y los síntomas que definen la impulsividad se refieren principalmente a que son niños que frecuentemente responden de forma inapropiada a los estímulos del entorno. Antes de haber terminado la pregunta estos niños ya han iniciado la respuesta, lo cual implica que en muchas ocasiones equivoquen sus respuestas, dado que no han dado tiempo a entenderlas y o simplemente a terminar el enunciado de las mismas. Tienen importantes dificultades para esperar su turno, así esta actitud interfiere en su normal funcionamiento con las normas y en los juegos fundamentalmente normativos. Es muy frecuente que interrumpen a otros independientemente de la edad, incluido a los adultos, cuando están hablando o haciendo otras actividades (Mick y otros 2004).

Son niños que no pueden esperar las recompensas, por lo que se manejan mal con gratificaciones diferidas en el tiempo y necesitan las cosas en el mismo momento en que han pensado en ellas. Tienen dificultad para cumplir las normas y las limitaciones a pesar de conocerlas, aunque en la mayoría de las ocasiones, una vez transgredida la norma presentan arrepentimiento, este se puede diluir con el tiempo, lo que es un signo de peor pronóstico.

Actúan en muchas ocasiones sin pensar las consecuencias con anterioridad, lo cual les suele llevar a problemas con mucha facilidad. No tienen una percepción real del riesgo de las conductas en las que se involucran así que, saltan desde alturas, se montan en bicicleta sin mirar en los cruces..., lo que como es lógico, propicia un mayor riesgo y un aumento de los accidentes (Swensen y otros 2004). Tienden a romper cosas con más frecuencia que los niños y niñas de su edad.

Cuando hablan con terceras personas con independencia de la autoridad que puedan representar, tienen dificultad para inhibir lo que están pensando, así que tienden a contestar con lo primero que se les pasa por la cabeza. Suelen iniciar las tareas antes de terminar todas las instrucciones ya sean verbales o escritas. En este mismo sentido, cuando realizan actividades que son especialmente aburridas, tienden a hacerlas lo más rápido posible por terminarlas de forma veloz, lo que consecuentemente les lleva a cometer una gran cantidad de errores por no prestar la suficiente atención.



Es frecuente que molesten e incordien a los demás. Las respuestas motoras suelen ser frecuentes, lo que en muchas ocasiones condiciona respuestas de agresividad física hacia objetos e incluso hacia personas cuando se ven contrariados, sin pensar o inhibir dichas acciones, en virtud de las consecuencias que puedan acarrear.

La clínica de estos pacientes, en ocasiones, puede acompañarse por respuestas emocionales intensas, así se enfadan con mucha facilidad. Es fácil que se frustren con facilidad cuando las cosas no salen como ellos quieren. Es fácil que se muestren irritables, con facilidad para perder el control y enfadarse rápidamente.

¿Por qué se produce el TDAH?

Se ha escrito mucho en relación a las causas del TDAH y hoy disponemos de datos más que suficientes para contestar que tiene una clara base biológica. Esto quiere decir que el TDAH es la consecuencia de una serie de factores genéticos y cerebrales y que no se produce por una “crianza deficiente”, como se ha dicho en el pasado y algunos aún mantienen. Ahora bien, esto no quiere decir que los cuidados en la infancia y la influencia de la familia no tengan importancia, de hecho son básicos a la hora de modular la expresión de los síntomas e imprescindibles a la hora de fijar un plan de tratamiento.

Hoy sabemos que el cerebro de los niños con TDAH presenta algunas diferencias en su funcionamiento, principalmente señalados en la corteza prefrontal, que es la región del cerebro que se encarga de organizar y regular la atención y las conductas. Algunas otras regiones del cerebro también se han visto que están involucradas y son fundamentalmente aquellas que están reguladas por la dopamina o la noradrenalina, que a su vez son los neurotransmisores que se han visto relacionados con la clínica del TDAH.

¿Es siempre igual la clínica del TDAH?

Cada niño es un mundo y las características individuales van a ser determinantes, además el paso del tiempo va a modificar la expresión de la clínica en cada sujeto. Es cierto que la edad típica para diagnosticar estos trastornos empieza a partir de los seis años, antes se puede y se debe encontrar síntomas que si bien no siempre correlacionan con el diagnóstico en un futuro, sí pueden ser sugerentes o al menos llamar nuestra atención sobre posibles problemas (Quintero Gutiérrez del Álamo y otros 2009). A continuación vamos a revisar aquellos matices que pueden presentar en la clínica del TDAH en función de las edades en las que se presente:

- a) Menores de dos años: en muchas ocasiones y de forma retrospectiva, los familiares o los padres, cuentan que los niños ya en estas edades presentaban un temperamento difícil con cambios frecuentes en la expresividad emocional, como humor irritable e incluso algunas dificultades en la adaptación social y en el tipo y forma de relacionarse. No obstante es pronto para poder aproximarnos a una sospecha diagnóstica.

- b) En la edad preescolar, es decir, entre los tres y los seis años comienzan a presentar los primeros trastornos del comportamiento derivados de la hiperactividad motora y la impulsividad; esto se traduce en que tienden a ser niños más desobedientes, que tienen más accidentes, les cuesta prestar atención en las tareas, fundamentalmente a los juegos e incluso a la televisión. Pueden presentar algún retraso sutil en el desarrollo psicomotor, típicamente en el control de esfínteres o en el desarrollo del lenguaje. (De Paul et al. 2001).
- c) En la edad escolar, es decir, entre los seis y los doce años es cuando se presentan de forma típica la clínica del trastorno por déficit de atención, que ya se ha mencionado con anterioridad, es decir, una mezcla de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad.
- d) Durante la adolescencia, lo más característico va a ser una reducción de los síntomas derivados de la hiperactividad, es decir, una menor inquietud y actividad motora, o más bien un cambio en la expresión de dichos síntomas, transformándose en una sensación de inquietud interna más que externa. Siguen persistiendo los síntomas fundamentalmente relacionados con el déficit de atención, pueden presentar un mal rendimiento escolar, se les olvidan las tareas con mucha facilidad y tienen dificultades para terminarlas y también derivados de la impulsividad, se muestran especialmente disconformes con las normas, con una tendencia a transgredir las reglas y de forma alarmante presentan un mayor riesgo de consumo de tabaco, alcohol y drogas, entre otras conductas trasgresoras. En esta edad o etapa evolutiva se hace difícil encontrar esa línea que marca la diferencia entre la impulsividad normal del adolescente y esa impulsividad patológica o excesiva derivada del trastorno por déficit de atención.
- e) El caso del adulto joven. Hoy sabemos que al menos el 40% de los pacientes que han tenido un TDAH durante la infancia, persistirá la clínica en la edad adulta. Los síntomas se modifican y se centra en problemas de atención, pero sobretodo en las consecuencias que sobre el desarrollo ha tenido el TDAH.

4. ¿Por qué me siento culpable?

La culpa es una emoción que con frecuencia aparece en los padres ante el TDAH. Una de las preguntas más repetidas en las consultas de los psiquiatras de niños y adolescentes es ¿qué he/hemos hecho mal?, y la cuestión muchas veces no es lo que se ha hecho, sino qué se va a hacer. En general no somos responsables de saber diferenciar o entender el origen de las conductas, pero si de buscar ayuda cuando las cosas no funcionan bien.

Como reacción habitual ante las conductas disruptivas y las trasgresiones de estos pacientes se suele derivar al castigo, que por si solo casi nunca va a resolver el problema, de hecho es habitual entra en una espiral que terminan con niños “castigados a todo”. En este sentido es mas eficaz el refuerzo positivo. El refuerzo ha de ser inmediato y mejor si busca reforzar aquellas conductas adecuadas, a la hora de manejar las contingencias de los pacientes con TDAH.

En otras ocasiones se deriva la culpa hacia el niño, como si fuera el único culpable de “portarse mal”. En la mayoría de los casos la impulsividad y la hiperactividad van a condicionar problemas de conducta como un síntoma más del trastorno, ante los que el niño con TDAH se siente con baja o nula capacidad de control. Sería como culpar al niño con gripe de tener fiebre. En definitiva hemos de entender que el niño con TDAH tiene un problema y no es él, “el problema”. Este cambio de percepción nos ayudará a entender mejor lo que le ocurre a los niños con un TDAH.

Como excepción a esta norma están los niños con un Trastorno de Conducta asociado, lo que condiciona un problema diferente y de mayor complejidad a la hora de tratarlos.



¿Cómo se trata el TDAH?

Hoy existe un claro consenso en que el TDAH debe tener un abordaje multimodal, es decir el uso de los psicofármacos junto con una psicoterapia asociada, pero deberíamos ir más allá, esto sería el uso de cuantos recursos sean necesarios para poder ayudar a cada paciente (Loro & Quintero, 2009). De manera general el tratamiento debe basarse en los siguientes pilares, cuando es posible y están indicados:

Tratamiento psicológico/psicoterapéutico

La intervención psicológica y el tratamiento de las carencias o problemas inherentes o derivadas del TDAH. Debe ser un objetivo principal, ya sea centrado en las conductas, en las emociones, estimulación cognitiva o en las dificultades del aprendizaje.

Abordaje familiar

El trabajo de las familias empieza por entender el problema y desarrollar habilidades concretas para afrontar las dificultades que los pacientes con TDAH tienen o pueden llegar a tener. En muchas ocasiones, la simple comprensión real de todas las dimensiones del problema va a ser un primer y fundamental paso.

Trabajo con la escuela

Las principales dificultades de estos pacientes las suelen presentar en el colegio, así que trabajar con ellos será importante. Fundamentalmente para que faciliten estrategias de control estimular en el aula, es decir situar al niño con TDAH en las primeras filas, poner en marcha pequeñas acciones para modular su atención, entender que le va a costar más que al resto estar sentado durante tiempos prolongados, con lo que habrá que facilitarles “vías de escape”...

Tratamiento Psicofarmacológico

Tiende a preocupar a los padres el uso de fármacos en niños, pero cuando un médico se lo prescribe es porque los beneficios claramente superan los riesgos. Debe ser entendido como una de las partes fundamentales del tratamiento.

Utilizando la metáfora de un jardín, el tratamiento psicofarmacológico sería las semillas, necesarias pero no suficientes, ya que son importantes algunos

cuidados adicionales, como preparar la siembra, regar, quitar malas hierbas..., lo que serían el resto de las intervenciones que se han destacado.

Dentro de las alternativas disponibles en España tenemos:

- El metilfenidato, con más de 30 años de experiencia ofrece una alternativa segura y eficaz en el tratamiento de estos pacientes. De hecho las nuevas formulaciones de liberación sostenida constituyen una clara ventaja frente al metilfenidato convencional, tanto en la eficacia, como en la comodidad y en la tolerancia.
- La atomoxetina, aunque lleva menos tiempo aprobado su uso, dispone de evidencias científicas que la sitúan como una buena alternativa en el tratamiento del TDAH, con un perfil de acción diferente y por tanto con unos efectos secundarios también distintos.
- Existen otras alternativas a estos tratamientos, pero que deberían ser planteadas como segunda o incluso tercera línea, y solo bajo la supervisión de profesionales con experiencia.

Su psiquiatra en función de las características concretas de cada niño es la persona más preparada para recomendar el tratamiento más indicado en cada caso.

¿Se cura el TDAH?

EL TDAH debe ser entendido como un trastorno de larga evolución, de hecho sabemos que al menos 1/3 de los casos van a presentar síntomas en la edad adulta. En sí mismo el TDAH sobretodo confiere un riesgo evolutivo para los niños que lo padecen, ya que aumenta el riesgo de fracaso escolar, abuso de drogas en la adolescencia, problemas afectivos (depresiones), alteraciones en la personalidad, trastornos de la conducta, mayor cantidad de accidentes entre otros (Tabla 1). La mejor manera de controlar estos riesgos es mediante el diagnóstico y tratamiento precoz, de manera que el pronóstico será como el de cualquier niño sin TDAH, incluso se podrá trabajar sobre esas debilidades para transformarlas en fortalezas y que la edad adulta jueguen a favor del niño.



Consecuencias relacionada con TDAH

Pobres habilidades sociales
Dificultades para la adaptación
Problemas de conducta
Problemas del estado de ánimo
Discapacidades del aprendizaje
Fracaso escolar
Problemas de motivación
Fragilidad en la autoestima
Baja tolerancia a la frustración
Abuso dependencia de drogas
Trastornos de la personalidad
Mayor riesgo de accidentes
Problemas de estabilidad laboral



Al inicio de la presentación de la clínica, no tiene porque generar más problemas que los derivados de los propios síntomas, pero con la evolución en el tiempo, pueden comenzar a presentarse dificultades. La hiperactividad condiciona interferencias en el funcionamiento en la escuela y en la normal convivencia doméstica, con una mayor tendencia por parte del entorno a percibir al niño como excesivamente problemático. Como consecuencia de esto se enrarece la dinámica, empezando a presentarse las primeras conductas disruptivas, es decir, lo primero que tiende a aparecer son alteraciones de la conducta que van más allá de lo que es la propia clínica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.



Dejado a su libre albedrío y evolución en el tiempo, sin una correcta intervención, es frecuente que estos niños presenten pocas y pobres habilidades sociales, lo que les condiciona dificultades de relación con su entorno e iguales. También es frecuente que estos niños presenten problemas de aprendizaje de lo más diverso, desde simples dificultades en la adquisición de habilidades y técnicas de estudio hasta dislexias más complejas, lo que como es también lógico dificulta su rendimiento escolar. Si sumamos por un lado las pobres relaciones sociales y el mal rendimiento escolar, es frecuente que en estos niños se condicione una quiebra en su autoestima que no en balde en esas edades es tremendamente dependiente de la percepción que el niño reciba de su entorno.

Durante la etapa escolar es frecuente que se complique la situación clínica de los niños con TDAH con un agravamiento de las alteraciones de la conducta con respecto a las etapas previas, problemas escolares con una disminución del rendimiento y un aumento del riesgo de fracaso escolar, se acrecientan las diferencias en la relación con sus iguales, pérdida de la autoestima y un aumento de riesgo de padecer trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Al llegar a la adolescencia los problemas académicos tienden a agravarse y se complican con una pérdida de la motivación hacia los estudios, lo que sitúa al paciente con TDAH a mayor distancia de sus obligaciones escolares. Mediados por la marcada impulsividad, son jóvenes que tienen más riesgo de presentar primeros consumos de tóxicos de forma más precoz, e incluso un mayor riesgo de derivar en consumos patológicos. Aumentan los problemas del comportamiento y el riesgo para convertirse en disociales, con todas las dificultades y complicaciones de manejo que tienen. Es frecuente que presenten no solamente una baja

¿Cómo será mi hijo con TDAH de mayor?

Son muchos los factores que van a influir en el desarrollo de los niños en general y con TDAH particular, de manera que con un correcto tratamiento el pronóstico será muy bueno, de hecho en la mente de todos están los nombres de personajes famosos que se sospecha padecieron un TDAH (Thomas Edison, Leonardo da Vinci, Albert Einstein, John F. Kennedy, Michel Jordan, Walt Disney, Wiston Churchill, Dalí, Steven Spielberg...) y eso no limitó, quizás lo contrario, su éxito en la vida.

Pero no debemos olvidar que el TDAH conforma un riesgo para el correcto y armónico desarrollo de estos niños. Estamos hablando de mayores posibilidades de presentar otros trastornos asociados o relacionados, lo que se denomina la comorbilidad (Biederman & Faraone, 2005; Quintero y otros, 2004).

autoestima, sino también una pérdida de la motivación para realizar las tareas escolares debido al problema de aprendizaje que vienen arrastrando.

Si superan estas trabas en la adolescencia, al entrar en la etapa universitaria, incluso adulto-joven, son chicos que pueden tener dificultades para terminar las carreras, máxime si son de ciclo largo, presentan más cantidad de accidentes e incluso dificultades para mantener los trabajos en los que empiezan. Arrastran una fragilidad en la autoestima y en muchas ocasiones dificultad para relacionarse con los demás.

El lado positivo de esta evolución está en que hoy disponemos de tratamientos eficaces que pueden minimizar el riesgo de que presenten tórpidas evoluciones en los niños que son diagnosticadas y tratados de forma precoz.

¿Cómo influye la situación social actual en el TDAH?

Es importante que reflexionemos sobre cómo la sociedad actual puede influir y está influyendo en la manifestación de la clínica de los niños con déficit de Atención y lo que es más importante en el pronóstico. También cómo en las familias donde hay algún niño con déficit de atención e hiperactividad, esto puede dificultar la dinámica de la familia, es decir, acercarnos al impacto que en la familia puede tener el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

A nadie se le escapa que la sociedad actual presenta una serie de notables cambios en los patrones educativos y familiares de los niños con respecto a tiempos pretéritos. Por un lado, las familias suelen tener a los dos padres trabajando fuera de casa y pasando una gran parte del día sin poder realizar la supervisión necesaria que requiere la educación de los hijos, máxime cuando estos niños tienen una dificultad sobreañadida condicionada por un TDAH que les interfiere con el manejo de las normas y los límites. Es frecuente que una parte importante de la educación y cuidado de estos niños, se delegue en terceras personas como cuidadores externos, ya sean de la familia o de fuera de ella. Y cuando llegan los padres están muy cansados para implantar unas normas o se atisba un sentimiento de culpa por el cual permiten que las reglas sean más laxas en virtud de un intento de compensación por el tiempo no compartido.

También queremos llamar la atención sobre la cantidad de información de la que disponen nuestros jóvenes, no en vano estamos en la denominada era de la información donde a través de Internet o simplemente de la televisión, los niños tienen acceso a una gran cantidad de información para la que no

siempre están preparados. Destacar también como las nuevas tecnologías, con sus estímulos de alta intensidad, captan con más facilidad la atención de los niños con TDAH además de condicionar una distancia en la comunicación interpersonal.

Es importante reflexionar sobre el papel que hoy juegan los colegios, da la sensación que se están transformando en meros transmisores del conocimiento y olvidando el concepto de centros “Educativos” o de centros de formación en valores, en parte por el desprestigio del profesor como figura de autoridad y respeto.



Por otro lado está el impacto que en las familias produce una enfermedad o trastorno como el TDAH. Es frecuente que aumente el condicionante de estrés dadas las dificultades para manejar y controlar la conducta de estos niños. En estas familias es frecuente el aumento de conflictos conyugales derivados de las difíciles relaciones con el propio niño. Igualmente se condicionan de forma negativa las relaciones sociales dado que “salir con estos niños a cualquier sitio es un gran problema”.

¿Qué más puedo hacer?

Para finalizar queremos presentar a modo de decálogo, algunas ideas que conviene resaltar para poder entender y trabajar con estos niños, que vendrían a complementar las ideas que hemos querido transmitir en el apartado de tratamiento:

- 1 Ser conscientes de las relativas limitaciones que implican tener un TDAH sobre las características personales y la particularidad del momento evolutivo por el que pasa. Sabemos que no es fácil, pero es necesario llegar a estimularle para conseguir el máximo rendimiento de sus capacidades.
- 2 Es importante tener unas expectativas realistas y razonables. Aceptarle tal y como es. Muchas veces pretendemos que realicen las cosas como a nosotros nos gustarían pero que por su forma de ser o por sus características no llegará a conseguirlo, generando de este modo frustración y rechazo.

- 3 No pretender cambiar todas las conductas inadecuadas al mismo tiempo: hay que comenzar por pocas y concisas. Intentaremos realizar una lista de prioridades, con respecto a las conductas que deseamos sean extinguidas o modificadas; poniendo en primer lugar aquellas que interfieran de una manera mas negativa en la vida cotidiana y que a nuestro parecer deben desaparecer cuanto antes, teniendo así claro que comportamientos queremos modificar en el niño.
- 4 Captar su atención: es esencial hablar al niño directamente, refiriéndose a él por su nombre y mirándole a los ojos. Si es necesario se debe hacer uso del contacto físico bien (tocándole la mano o el brazo). Sólo cuando conseguimos captar su atención podremos darle la norma, para asegurarnos de que nos está escuchando y entendiendo.
- 5 Si existen desacuerdos entre los padres sobre la forma de educar a los niños NUNCA se debe discutir delante de ellos, ya que de este modo el niño asume que no hay unas normas fijas ni una estabilidad educacional, generándole confusión sobre cual debe ser su comportamiento y las consecuencias de éste.
- 6 Las consecuencias, tanto positivas como negativas, de sus actos, deben aplicarse con rapidez e inmediatez, siempre de una manera congruente a la conducta que queramos reforzar. Esta característica es esencial para que aprenda la asociación.
- 7 Siempre es preferible utilizar premios en lugar de castigos, pero si aparecen castigos éstos deben ser proporcionados al comportamiento inadecuado y que sepamos que se pueden cumplir, es decir reales, acordes a las características del niño y proporcionales a la conducta que queramos extinguir.
- 8 No permitir que consiga variar normas prefijadas con su discusión ni con el uso de su capacidad operativa para buscar la contradicción entre sus padres. Esto haría que aprendan que los castigos o normas que sus padres establecen no son nada consistentes y que lo único que debe hacer es “montar el numerito” para salirse con la suya.

- 9 Predicar con el ejemplo; corregir primero en nosotros aquellos comportamientos que no queremos que se imiten luego, ya que una de las formas más habituales para el aprendizaje del comportamiento es la imitación y la observación. El “haz lo que yo te digo, no lo que ya hago” NO SIRVE.
- 10 Dialogar y mantener una buena comunicación: es importante tener en cuenta su punto de vista, tratando de tener una actitud de apertura y comprensión, sin que esto signifique darle siempre la razón. Es necesario evitar sermonear, ya que esta forma unidireccional de comunicación suele generar rechazo sobretodo en los adolescentes.

Por último, pero quizás lo más importante no debemos olvidar que el niño con TDAH no es “el problema”, sino que “él tiene un problema” y que nosotros podemos y debemos ayudarle a superarlo.



Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (*Fourth edition-text revised. Washington DC: American Psychiatric Association*).
- BIEDERMAN J, FARAONE SV (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005 Jul 16-22;366(9481):237-48.
- DU PAUL, G.J., MCGOEY, K.E., ECKERT, T.I., VANBRACKLE, J. (2001). Preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (5), 508-515.
- FERNÁNDEZ A, QUINTERO J, HORNERO R, ZULUAGA P, NAVAS M, GÓMEZ C, ESCUDERO J, GARCÍA-CAMPOS N, BIEDERMAN J, ORTIZ T. Complexity analysis of spontaneous brain activity in attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic implications Biol Psychiatry. 2009 Apr 1;65(7):571-7.
- GOLDMAN LS, GENEL M, BEZMAN RJ, SLANETZ PJ. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA*. 1998 Apr 8;279(14):1100-7.
- LORO-LÓPEZ M, QUINTERO J, GARCÍA-CAMPOS N, JIMÉNEZ-GÓMEZ B, PANDO F, VARELA-CASAL P, CAMPOS JA, CORREAS-LAUFFER J. Actualización en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Rev Neurol*. 2009 Sep 1-15;49 (5):257-64.
- MAYES SD, CALHOUN SL, CROWELL EW.(2000) Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrum disorders. *J Learn Disabil Sep-Oct;33(5): 417-24*.
- MCGEE, R. AND FEEHAN, M. (1991). Are girls with problems of attention under-recognized? *Journal of Psychopathological Behavior Assessment*, 13, 187-98.
- MENÉNDEZ BENAVENTE, I.; (2001). El trastorno de déficit de atención con hiperactividad: Clínica y diagnóstico. *Revista de Psiquiatría y de Psicología del Niño y del Adolescente. DIC;4(1)*
- MICK E, FARAONE SV, BIEDERMAN J. (2004). Age-dependent expression of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychiatr Clin North Am*. 2004 Jun;27(2):215-24.
- QUINTERO GUTIERREZ DEL ALAMO, FJ.; CORREAS LAUFFER, J.; QUINTERO LUMBRERAS. (2009). Trastorno por Déficit de Atención a lo largo de la Vida. *Ed. Elsevier-Masson. Barcelona, 2009*.
- QUINTERO GUTIÉRREZ DEL ALAMO, FJ.; CLAVEL, M; GARCÍA CAMPOS N.; RIAZA, C; CORREDOIRA, P; QUINTERO LUMBRERAS, FJ.; (2004). Comorbilidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Evaluación de una Muestra Ambulatoria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil Vol 21. Nº 2 Junio 2004. p 90*
- QUINTERO J, RODRIGUEZ-QUIRÓS, J.; CORREAS-LAUFFER J. Aspectos Nutricionales del TDAH. *Rev Neurol*. 2009 Sep 16-30;49(6):307-12.
- SANSEBASTIAN CABASES, J.. QUINTERO GUTIÉRREZ DEL ALAMO, FJ (2003) Urgencias en Psiquiatría InfantoJuvenil, en MANUAL DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS. Coordinador: Alfonso Chinchilla. Autores: Javier Correas, Fco. Javier Quintero. Miguel Vega. Nuevas Generaciones en Neurociencias. Formación Continuada en Psiquiatría. *Editorial Masson S.A. Barcelona*.
- SWENSEN AR, BIRNBAUM HG, BEN HAMADI R, GREENBERG P, CREMIEUX PY.(2004) Incidence and costs of accidents among Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder patients. *JAdol Health*.; 35:349

Dr. Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

Nacido en Madrid, cursó los estudios de Medicina en la Universidad de Alcalá, consiguiendo durante la licenciatura 17 Matriculas de Honor. Más tarde completó su formación universitaria con el Doctorado obteniendo el máximo reconocimiento en la defensa de la Tesis. Ha completado su formación con estancias en centros de prestigio en los Estados Unidos, así como realizando diversos Master y Cursos de especialistas en Psicoterapia, Alcoholismo, Prevención de Riesgos Psicosociales o Gestión sanitaria.

Especialista en Psiquiatría, ha desarrollado su vida profesional entre los Hospitales Ramón y Cajal, La Fundación Jiménez Díaz y actualmente es el responsable del Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor también en Madrid.

Ha sido Profesor de Psiquiatría en la Universidad Autónoma de Madrid entre los años 2003 y 2007 y en la actualidad imparte docencia como Profesor Asociado de Psiquiatría y Psicología Médica en la Universidad Complutense. Así mismo es director del Master en Emergencias en Salud Mental y de varios cursos de doctorado.

Ha escrito varios libros, acaba de publicar la 3ª edición del “Trastorno por Déficit de Atención a lo largo de la Vida”, y colaborado en más de 25 capítulos en otros tantos libros. Autor de más de 30 artículos en revistas científicas nacionales e internacionales y han sobrepasado ampliamente el centenar en sus contribuciones con ponencias y comunicaciones en Congresos Internacionales o nacionales.

Es además el Vicepresidente del patronato de la Fundación CONFIA, Fundación por una Infancia y Adolescencia Saludable y vicesecretario de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Madrid.

Guía de ayuda a pacientes y familiares

Tenemos un niño que tiene un TDAH ¿Qué necesitamos saber?

Conocer en profundidad las enfermedades mentales, su génesis, manifestaciones y efectos para la persona y su entorno, es un factor clave para su correcto tratamiento. La información rigurosa y profesional, alejada de estereotipos, contribuye eficazmente a mejorar la relación del enfermo con la terapia, a promover actitudes positivas frente al problema en el propio paciente y en su entorno familiar, a apoyar la labor de los profesionales sanitarios y, por ende, a superar las barreras sociales y relacionales que provoca la ignorancia.

El objetivo del conocimiento ha unido a la Fundación Juan José López-Ibor y a la Fundación Arpegio, de la Comunidad de Madrid, en la edición de las Guías Médicas de ayuda a pacientes y familiares.

La Fundación Juan José López-Ibor tiene como misión principal difundir información sobre los aspectos más relevantes de las enfermedades mentales, con el objetivo último de “combatir el estigma y la discriminación de las personas que padecen una enfermedad mental y que acaba por afectar también a sus allegados”.

Una labor que la Fundación Arpegio apoya a través tanto de la promoción de actividades dirigidas a la integración y rehabilitación de colectivos desfavorecidos, como de la transmisión del conocimiento científico y sanitario.