



Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Guía para Padres

¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición médica reconocida por la Organización Mundial de la Salud¹ y se caracteriza por tres distintos tipos de síntomas:

- Dificultades en el rendimiento atencional (inatención)
- Dificultades en regular el nivel de actividad (hiperactividad)
- Dificultades en el control de los impulsos. (Impulsividad)

Aunque estos síntomas del TDAH se listan siempre como una tríada diagnóstica, el TDAH es bifactorial: los síntomas indicativos de inatención pueden darse separados de los de hiperactividad e impulsividad, pero no es posible separar la hiperactividad de la impulsividad en el contexto de este cuadro clínico. Así es que si encontramos a un niño puramente hiperactivo, es decir, sin ningún indicador de impulsividad sería adecuado sospechar que nos hallamos frente a una situación de naturaleza diferente. Por lógica, también existen niños impulsivos sin rasgo alguno de hiperactividad, pero ellos no deben ser incluidos en el trastorno que nos ocupa, a no ser que padezcan de inatención.

Por razones de comodidad en vez de mencionar el nombre completo del trastorno se recurre con frecuencia a la sigla TDAH:

T → Trastorno
D → Déficit
A → Atención
H → Hiperactividad

Existen también dos siglas que se derivan del inglés y están muy difundidas:

ADD: Attention Deficit Disorder

ADHD o bien **AD/HD:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

¹ ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorder. World Health Organization, Geneva 1992

¿Qué clase de trastorno es el TDAH?

Se lo considera un trastorno neurobiológico innato y con una carga genética importante que afecta de forma variada y persistente la vida de quienes lo padecen. Los estudios conocidos hasta la fecha le dan poca relevancia a traumas sobre el encéfalo o a la influencia medioambiental. Sus síntomas primarios se concentran en torno de la performance atencional: *“deja incompleta sus tareas, comete errores por descuidos, se distrae con facilidad”*, el nivel de actividad: *“no se queda quieto en su silla, está continuamente haciendo algo con las manos, habla sin parar”* y el control de los impulsos *“contesta antes que se haya terminado de hablar, interrumpe en las conversaciones, no puede esperar su turno ...”*

¿Es un trastorno frecuente?

Se estima en forma conservadora, que entre un 3% y un 7% de los niños en edad escolar lo padecen y es la afección psiquiátrica estable y de inicio en la infancia de mayor prevalencia. En los varones, el TDAH se da en 3 veces más que en las niñas. Se puede afirmar por ejemplo, dependiendo del número de niños en un aula y de la composición de sexos, que entre 1 y 2 niños tendrán las características básicas del TDAH. Aunque la intensidad y forma de los síntomas puede variar. Este nivel de prevalencia impone a todo docente a conocer las manifestaciones del trastorno, sus diferentes formas de presentación y las intervenciones básicas que puede implementar

¿Pero entonces, no es algo excepcional, sino más bien común?

Efectivamente, no se trata un trastorno raro. De hecho, es uno de los más comunes en la infancia: entre el 30 y el 50 % de las consultas que un psicólogo infantil recibe pueden estar relacionadas con el TDAH, quizás por ello, es el trastorno más estudiado en los últimos 20 años en el campo de la psiquiatría infantil.

¿Cuáles son sus síntomas principales?

Hemos hablado de una tríada diagnóstica: inatención, hiperactividad e impulsividad que se agrupan en dos factores. Estos deben ser considerados los síntomas primarios y sobre su estudio se formula el diagnóstico.

En las siguientes tablas mostramos los criterios diagnósticos utilizados por la Asociación Psiquiátrica Americana, que son los mismos que utilizamos aquí en la Argentina.



Tabla 1.1.

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Cuadro de Diagnóstico del DSM-IV: Inatención

Al menos seis de los siguientes síntomas de inatención deben haber persistido por no menos de seis meses en un grado que no sea adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del sujeto.

1. Frecuentemente no puede mantener la atención focalizada en los detalles o comete errores por falta de cuidado en las tareas escolares, laborales y/o en otras actividades.
2. Frecuentemente tiene dificultad en mantener la atención en tareas o en el desarrollo de actividades lúdicas.
3. Frecuentemente no parece escuchar cuando se le dirige la palabra.
4. Frecuentemente falla en el intento de seguir las instrucciones y/o fracasa en completar sus actividades escolares, tareas domésticas u obligaciones en su lugar de trabajo (no debido a conductas de oposición o dificultad para comprender las indicaciones).
5. Frecuentemente tiene dificultades en organizar sus tareas y actividades.
6. Frecuentemente evita, manifiesta desagrado y/o rechaza comprometerse en la realización de tareas escolares o caseras que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. Frecuentemente pierde los elementos necesarios para sus tareas o actividades, ya sea que se trate de hojas, encargos escolares, cuadernos, útiles, juguetes, herramientas, etc.
8. Frecuentemente es distraído por estímulos extraños.
9. Frecuentemente se olvida de las actividades de realización cotidiana.

Tabla 1.2.

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Cuadro de Diagnóstico del DSM-IV: Factor Hiperactividad Impulsividad

Al menos seis de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad deben haber persistido por al menos seis meses en un grado que no es adaptativo y a la vez es inconsistente con el nivel de desarrollo del sujeto.

Hiperactividad

1. Frecuentemente juega o mueve inquietamente dedos, manos, o pies y/o se retuerce en el asiento.
2. Frecuentemente deja su asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.



3. Frecuentemente corre y/o trepa en exceso en situaciones en las que es inapropiado (en adolescentes y adultos este criterio debe limitarse a los sentimientos subjetivos de desasosiego e impaciencia).
4. Frecuentemente tiene dificultades para participar o disfrutar de actividades de descanso y ocio.
5. Frecuentemente está como en funcionamiento permanente y/o a menudo está en acción como si estuviese impulsado por un motor.
6. Frecuentemente habla excesivamente.

Impulsividad

1. Frecuentemente comienza a contestar o hablar antes que la pregunta se haya completado.
2. Frecuentemente tiene dificultades en esperar su turno en juegos o conversaciones.

Frecuentemente interrumpe o se entromete en las actividades de otros (ej. Interfiere en conversaciones o juegos o tiene intervenciones "descolgadas").

Tabla 1.3.

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Cuadro de Diagnóstico del DSM-IV: Criterios Adicionales

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

1. Los síntomas deben haberse instalado antes de los 7 (siete) años.
2. Los síntomas deben haber estado presentes ininterrumpidamente al menos durante los últimos 6 (seis) meses.
3. Los síntomas deben manifestarse en 2 (dos) o más ámbitos (escuela, hogar, etc.)
4. Y se debe tener clara evidencia clínica que los síntomas provoquen angustia significativa y/o perjuicio sobre la vida social, académica, laboral etc.
5. No debe existir alguna condición médica general que pueda explicar los síntomas.

Existen síntomas secundarios. Estos no se utilizan en la etapa diagnóstica para decidir si el niño tiene o no TDAH, pero son útiles para comprender mejor al niño, los dilemas de crianza que tiene su familia y las dificultades que debe afrontar el sistema escolar:

- Comportamiento temerario
- Déficit en la distribución del esfuerzo motivacional
- Dificultad para seguir comportamientos reglados
- Agresividad

- Déficit en la regulación del tono emocional
- Déficit en habilidades interpersonales y sociales
- Tendencia accidentógena
- Dificultades en el rendimiento académico
- Dispraxias (alteraciones ligeras en la motricidad fina o gruesa)
- Déficit en el lenguaje confrontativo
- Déficit en la fluencia verbal

Los denominamos secundarios porque son consecuencia directa de los síntomas primarios, por ejemplo, el déficit para seguir comportamientos reglados o bien, porque su presencia no tiene la frecuencia suficiente como para que tengan carácter distintivo: por ejemplo, el comportamiento temerario puede ser muy frecuente especialmente en niños menores de 6 años, pero pierde capacidad discriminatoria después y es consecuencia directa de la hiperactividad que produce gran cantidad de movimientos y la impulsividad que le ha impedido anticipar de forma apropiada las consecuencias de sus acciones.

¿Cómo puede ser que haya tantas dudas en cuanto a su diagnóstico?

Esto es así por varios motivos que vamos a detallar a continuación:

- ✓ No hay estudios de laboratorio disponibles para realizar el diagnóstico con un mínimo de precisión. No resultan de utilidad radiografías, análisis de sangre, electroencefalogramas comunes o computados (mapeo cerebral), potenciales evocados ni los modernos estudios por imágenes como las tomografías y las resonancias magnéticas.
- ✓ Los niños con TDAH tienen además algún “amigo”, es decir un trastorno asociado o en comorbilidad. Los más comunes son: trastorno de conducta, trastorno de ansiedad, depresión infantil y trastornos específicos de aprendizaje. El fenómeno de la comorbilidad puede hacer más difícil el diagnóstico ante los ojos de profesionales no especializados.
- ✓ Existen otras afecciones médicas y psicológicas que pueden provocar síntomas parecidos y similares. Por ello, el diagnóstico como el tratamiento debe ser interdisciplinario.
- ✓ Porque es un trastorno heterogéneo en el que se pueden describir distintas tipologías.
- ✓ Por falta de actualización de muchos profesionales, ya que los avances más profundos en la investigación se han dado en los últimos 20 años, con un énfasis vertiginoso en la última década del siglo XX.

¿Cuáles son los subtipos de TDAH?

En general se aceptan principalmente cuatro subtipos conforme la importancia de los síntomas de inatención e hiperactividad:

- ✓ Tipo Predominantemente Inatentivo
- ✓ Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo
- ✓ Tipo Combinado
- ✓ Tipo No Específico (se utiliza para casos en los que no puede clasificarse apropiadamente entre los tres anteriores y no es prudente utilizar otra forma de clasificación psiquiátrica conocida).

Si tuviéramos que buscar un denominador común entre comportamientos tan diversos, con seguridad lo hallaríamos en la dificultad para establecer controles inhibitorios: el cerebro actúa mediante mecanismos de activación o inhibición: dice “¡Sí!” o “¡No!” y de esa manera tan simple, construye complejas pautas de respuesta. Así es que la falta de una inhibición apropiada podría ser el elemento coincidente en todos los síntomas mencionados.

Las personas con TDAH de tal forma, parafraseando de H. Hallowell y J. Ratey², pueden ser más espontáneas, tender a hablar con mayor libertad y en ocasiones lo hacen en demasía; pueden estar menos atados a convencionalismos y razonar de forma creativa pero en no pocas veces la falta de método produce caos; su espontaneidad y autenticidad muchas veces es el resultado de que no han inhibido sus respuestas con el rigor necesario, deteniéndose poco a reflexionar en las consecuencias de su proceder, tal conducta puede ser tan atractiva como perturbadora.

¿Por qué se dice que es un trastorno neurobiológico?

Toda la evidencia científica apunta hacia la conclusión de que los niños a los que correctamente se les diagnostica el TDAH presentan diferencias muy sutiles en sus cerebros, justamente en el módulo cerebral que es responsable de las funciones ejecutivas: organizar, planificar, establecer un nivel apropiado de alerta, tener una adecuada memoria de trabajo y regular los estados emocionales en función de un adecuado desempeño de la tarea principal del cortex prefrontal.

¿En qué consisten estas diferencias? Principalmente en el desempeño de dos neurotransmisores: la dopamina y la noradrenalina y en diferencias anatómicas muy pequeñas en el lóbulo frontal (zona preorbital) y en ciertos centros cerebrales subcorticales: núcleo caudado, globo pálido, etcétera.

² Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. “Answers to Distraction”, Bantam Books, New York, 1996.

¿Cómo han llegado a la conclusión de que es un trastorno neurobiológico?

Estudiando niños que tienen las características básicas del trastorno, en especial, con Tomografías de Emisión de Positrones y Resonancias Magnéticas Funcionales. Así es que se han detectado esas sutiles diferencias, que en general, consisten en disminuciones de tamaño y en el nivel de disponibilidad en el espacio de los neurotransmisores involucrados. Estos estudios de valor en la investigación científica no están disponibles para el diagnóstico.

¿Qué causa el TDAH?

Difícilmente el Trastorno sea el resultado de algo simple y, probablemente, varias causas confluyan en conseguir que una muy pequeña parte del cerebro de estos niños sea diferente.

Las causa más común para la existencia de estas diferencias es genética, aunque la transmisión no es del tipo mendeliano clásico y no está ligada de manera específica al sexo. Para decirlo de una manera extremadamente simple (y se suplica el perdón de los genetistas):

Si uno o ambos padres tienen TDAH no es obligatorio que el hijo lo padezca pero sí existe una mayor probabilidad.

Siguiendo una línea de género: por ejemplo, si la madre tiene TDAH no es obligatorio que la transmisión sea a su hija, tiene probabilidad de transmitírselo a sus hijos independientemente del sexo de ellos. bien puede transmitirlo o no al varón.

Inversamente si el niño tiene TDAH no es obligatorio que los padres lo tengan (aunque las probabilidades son altas), y mucho más altas si indagamos entre tíos y abuelos.

¿Qué “no” causa el TDAH?

La idea central es que, la mayoría de las veces, los niños a los que los profesionales caracterizamos bajo los términos que los consensos científicos establecen para el TDAH, han nacido o adquirido una constitución biológica diferente. Por ello se puede afirmar taxativamente que:

- No se origina el TDAH en *conflictos neuróticos*, como los que se derivan, por ejemplo, del *Complejo de Edipo*.
- No se origina el TDAH en problemas familiares o conyugales.

- No se origina el TDAH en los problemas emocionales o psiquiátricos que otros familiares pudieran tener, a excepción de que tengan el mismo trastorno.
- No se origina en una crianza parental inadecuada.
- No se origina en la participación inapropiada del medio social y/o educacional.
- No se debe al consumo excesivo de azúcares, aditivos o colorantes artificiales.
- No se debe a procesos alérgicos.

Sin embargo, claro está, que cualquiera de los primeros 5 problemas pueden presentarse posteriormente amplificando las dificultades ya existentes, planteando nuevos dilemas y haciendo más compleja la situación. Los dos últimos, a pesar de recibir cierta publicidad y difusión no han hallado respaldo científico a la fecha.

¿Cuánto hace que se descubrió el trastorno?

La primera descripción científica del trastorno es de 1902³. Pero sin duda, hay que ubicar en 1980, el momento en que se llega a un consenso científico que permite arribar a la descripción que utilizamos en la actualidad ya que ella tuvo el particular mérito de incluir de forma decidida los problemas atencionales en el establecimiento de la actual categoría diagnóstica. La importancia de incluir con decisión a la inatención en el centro de la escena, hecho que no se haría sin idas y venidas, implicó establecer una nueva dirección en la investigación y comprensión del TDAH: se abrieron las puertas para estudiar los aspectos cognitivos (funciones ejecutivas) y motivacionales del TDAH y en la actualidad, pasados más de 20 años, gran parte de lo que sabemos y sabremos depende de aquél hecho.

¿El trastorno se circunscribe a la infancia?

Aunque nosotros aquí hablaremos en general de los niños, el trastorno no se circunscribe a la infancia, lo padecen personas de todas las edades y dado que el componente genético es importante, no sería de extrañar que algunos de los padres, tíos o hermanos del niño con TDAH tengan la condición.

Sin embargo, no permanece inmutable, ya que a medida que el niño crece las características del trastorno van variando. Por ejemplo, la hiperactividad de grandes movimientos de los primeros años se reduce lentamente hasta convertirse en inquietud o sensación interna de desasosiego en el púber. La impulsividad tan evidente en reacciones abruptas, arrebatos e interrupciones

³ G. F. Still (1902) "Some abnormal psychical conditions in children. Lancet, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.



puede mudar hacia manifestaciones más benignas de impaciencia y de dificultad para tolerar los tiempos de espera. No obstante, los síntomas de inatención tienden a ser constantes y el peso específico de ellos en los problemas que presentan las personas aumenta con la edad, porque también aumenta la demanda ambiental sobre sus capacidades atencionales. Por ejemplo, niños inatentos y especialmente inteligentes pueden “sobrevivir” bien a los desafíos de la enseñanza primaria (aunque rindiendo por debajo de sus posibilidades) para colapsarse con las demandas propias del sistema educativo entre los 11 y los 14 años.

La investigación actual establece que si tomamos 100 niños menores de 12 años que con justicia han recibido el diagnóstico de TDAH y los volvemos a estudiar ya adolescentes aún 70 reunirán los requisitos necesarios para recibir el diagnóstico y si los estudiamos nuevamente ya adultos, 50 serán diagnosticados afirmativamente⁴.

¿Qué pasa con el resto? Por distintos motivos no reúnen todos los requisitos, pero sería aventurado suponer que necesariamente el “TDAH” ha desaparecido y es bueno clasificarlos como “en remisión temporaria”. Por otro lado, los criterios diagnósticos existentes y que presentaremos en esta obra se adaptan mucho mejor a la problemática del niño menor de 13/12 años que a los adolescentes y adultos. Obviamente, esto es el resultado de que el grueso de la investigación para el diseño de los criterios diagnósticos se hizo con niños, recién en la década de los 90’ se comenzó a comprender que el TDAH es para toda la vida y que es necesario estudiar cómo se presenta en la adolescencia y en la vida adulta.

¿En qué momento comienzan a observarse los síntomas?

Es un requisito básico que los síntomas se hayan presentado antes de los 7 años, aunque en la práctica se es más flexible con los síntomas de inatención y el límite se eleva hasta la edad de 9 años. Al confeccionar las historias clínicas se constata que los niños han presentado dificultades desde antes de entrar al Jardín de Infantes.

Es un hecho que en la medida en que el niño tiene que afrontar las exigencias de estructura (orden, disciplina) que impone la escuela las dificultades van adquiriendo cada vez mayor dimensión y pueden establecerse círculos viciosos, especialmente, cuando el factor hiperactividad-impulsividad tiene un peso significativo en los síntomas.

En el caso de los niños con predominio de problemas atencionales el círculo vicioso es diferente, ya que al no presentar comportamiento perturbador el medio social actúa en forma permisiva, es decir que lo ignora, favoreciendo su aislamiento y disminuyendo los beneficios posibles de un diagnóstico precoz.

⁴ Biederman, J., Faraone, S., Milberger, et. al. “Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study”. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996, 35: 343-351.



Dado que un número cercano al 50% de los niños con TDAH y esto también se aplica a quienes presenta predominio absoluto de inatención tendrán también algún otro cuadro psiquiátrico o bien, en un porcentaje menor, trastornos de aprendizaje, la falta de una intervención precoz incrementará el sufrimiento del niño y perjudicará su rendimiento académico de manera directamente proporcional a la tardanza de la intervención.

¿A partir de cuándo se puede realizar un diagnóstico correctamente?

Hay algunas pautas que hallamos en muchos niños hiperactivos desde el nacimiento: actividad elevada, grado de alerta, dificultad para adaptarse a los cambios, reacciones de desagrado frente a extraños, dificultades para establecer horarios regulares de sueño y alimentación, etcétera pero ninguna de ellas tiene valor predictivo y/o diagnóstico, de hecho, un buen porcentaje de los niños posteriormente diagnosticados fueron niños tranquilos hasta el inicio de la locomoción.

Por otra parte, casi todos niños de dos años (“los terribles dos años”) presentan movimiento elevado, dificultad para respetar normas, van de una cosa a otro como ruseñores que saltan de flor en flor, se frustran y hacen berrinches: sin embargo, a medida que va pasando el tiempo, se encausan, se ordenan y pueden establecer una relación con las reglas y los ritmos que les impone el medio. Esto no ocurre exactamente así con los niños que presentan TDAH (salvo en los predominantemente inatentos que son unos “soñadores”) y de hecho, podemos verlos llegar a los 5 años convertidos en verdaderos “terremotos”. Así es que allí tienen la respuesta: no hagan el diagnóstico antes de los 4 años, duden pero no mucho después de los 4 y avancen a paso firme entre los 5 y 6 años, obviamente, siempre de manos de un profesional competente: no vacile en exigir que el psicólogo o médico que lo atienda se encuentre especialmente calificado para asistir a su hijo. Al fin de cuentas, haciendo un paralelo algo forzado, no se espera que un excelente cirujano cardiovascular puede realizar con bien una complicada intervención gastroenterológica.

¿El comportamiento se modifica de acuerdo al contexto?

El comportamiento de todas las personas siempre es el resultado de una interacción con el contexto. En el caso de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad no hay motivo para que los hechos sean diferentes. Por ejemplo, pueden no presentar comportamientos muy diferentes de otros niños en situaciones que no exigen un esfuerzo mental sostenido y/o en las que no es necesario seguir procedimientos o instrucciones. Dos señalamientos para clarificar:

Para evaluar la inatención del niño no lo observamos cuando mira televisión sino cuando debe realizar sus tareas escolares, atender a explicaciones, etcétera. Cuando el niño tiene “a la mano” un adecuado refuerzo mejora su performance atencional, es decir, que cuando está muy motivado, mejora su performance.

El lector debe comprender que parte de los circuitos cerebrales responsables de los procesos atencionales también cumplen un rol importante en la motivación. Los neurotransmisores implicados, es decir, los agentes químicos que actúan en el intercambio de información entre las neuronas también son los mismos, por ende, atención y motivación nunca pueden dissociarse.

¿El TDAH se cura?

Disponemos de varias formas de abordar o manejar el TDAH muy exitosas aunque no existe forma de modificar definitivamente las diferencias neurobiológicas que causan el trastorno. En este sentido, es apropiado tener una perspectiva más amplia sobre el TDAH, hacerse a la idea de que se trata de una de las tantas variedades de presentación del ser humano, cuyas características en determinados contextos sociales y culturales pueden ser problemáticas. Por ejemplo, ser moreno no es una desventaja hasta que tratas de esconderte en medio de la nieve, como ser un inquieto explorador no lo es hasta que te incluyen en un sistema social y educacional con regularidades sedentarias y que exigen mucha atención pasiva.

Igualmente, los síntomas de cada factor tienden a evolucionar de manera diferente independientemente de la intervención terapéutica. Los síntomas del factor hiperactividad-impulsividad disminuyen con el paso de los años aunque no desaparecen del todo ni siempre, esto se debe a factores propios del desarrollo tanto en un plano bioquímico como psicosocial. Los síntomas del factor inatención son más persistentes y estables a lo largo de la vida.

Si efectivamente un niño tiene TDAH y se realizan desde los primeros años los tratamientos indicados, la mayoría de las veces los padres verán a sus hijos tener rendimientos similares a los demás en el estudio, el trabajo, la vida familiar y social. El diagnóstico y el tratamiento precoz del TDAH debe evitar que los síntomas provoquen los círculos viciosos que siguen al fracaso escolar y al rechazo social que provoca la persistente dificultad de respetar las normas. El momento de detección más oportuno es entre los 5 y 6 años, cuando aún ninguno de los síntomas puede haber producido un desajuste severo. La edad habitual de consulta ronda en EEUU los 7/9 años aunque con el conocimiento creciente sobre este viejo trastorno cada vez hace descender, saludablemente, la edad en que se realiza el primer diagnóstico.

¿Cómo es el Tratamiento?

Se lo trata mediante la integración de abordajes médicos, psicológicos y educativos: Tratamiento Multimodal. Si el tratamiento es parcial, los resultados serán parciales. La psicoterapia de primera elección es el entrenamiento cognitivo comportamental de los padres y modificaciones del ambiente escolar. También existen abordajes de naturaleza cognitiva comportamental que permiten trabajar con el niño tanto en ambientes individuales como grupales y siempre que el TDAH curse en comorbilidad con trastornos específicos de aprendizaje requerirá asistencia psicopedagógica.

¿Es necesario medicarlos?

El abordaje farmacológico es efectivo para tratar a más del 70% de los pacientes, aunque no para el 100% de los problemas. La investigación más extensa realizada hasta la fecha⁵ es un estudio oficial del National Health Institute permite afirmar que el uso de una droga conocida como Metilfenidato constituye el tratamiento unitario más exitoso en forma unitaria. El mismo estudio también determinó, en especial en los cuadros Comórbidos, que la conjunción del tratamiento farmacológico con la terapia cognitivo conductual permite obtener mejores logros a menores dosis. Aún así, el rol del profesional es asesorar de acuerdo al estado actual de la ciencia y el de los padres tomar la decisión final, a la que el profesional deberá atenerse.

Es necesario destacar, contra la difundida opinión mediática, las drogas utilizadas en estos niños son completamente seguras, no producen adicción ni acostumbamiento y sus efectos colaterales son completamente manejables en la mayor parte de los casos. Por otra parte, cuando esto no sucede, simplemente se suspende el medicamento y se intenta con algún otro.

⁵ MTA, Corporative Group, A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 56, 1073-1086, 1999.

40 Consejos Breves para Padres

1. Confirman el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad por medio de profesionales especialmente capacitados.
2. Obtengan una devolución diagnóstica específica: por ejemplo, “su hijo tiene problemas emocionales” no es un diagnóstico aunque podría ser la puntada inicial de una descripción. De ser necesario, solicite al profesional que efectúe el diagnóstico por escrito.
3. Inicien el tratamiento solamente con profesionales que tengan adecuada formación en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
4. Busquen información sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad prestando más atención a quienes tienen un sólido respaldo científico. En el campo del TDAH, como en cualquier otro aspecto de la vida, podrán encontrar opiniones diferentes, pero sepan diferenciar entre discusiones científicas y aquellas que son solamente pseudo científicas.
5. No se conformen con un listado de problemas o síntomas: “lados débiles”, procuren desarrollar una perspectiva integral de su hijo, para lo cual tengan bien presentes tanto ustedes como los profesionales sus virtudes: “lados fuertes”. No irán lejos en el tratamiento de si no revalorizan a su hijo ante ustedes mismos.
6. Obtengan un Tratamiento Multimodal. Los fármacos a veces son imprescindibles, pero no menos necesario es aprender formas nuevas para educar al niño y que éste, desarrolle estrategias tanto para afrontar las dificultades del TDAH como para potenciar sus aspectos positivos.
7. Una parte esencial del Tratamiento Multimodal es el Entrenamiento de Habilidades Parentales. No se conformen con consejos del tipo: “póngale límites”, “pase más tiempo con su hijo”. Demande que el profesional le transmita una metodología para cambiar la relación con su hijo en una dirección positiva, lo oriente y supervise en esos esfuerzos.
8. Organicen actividades en las que ustedes tengan una involucración positiva con su hijo, en el entrenamiento parental se les enseñará “el tiempo especial de juego”, pero además seleccionen actividades artísticas, recreativas, deportivas, de hobby, etcétera que favorezcan una conexión positiva.
9. Pidan información concreta sobre qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de manera tal que ustedes piensen y sientan

que ahora “entienden” por qué su hijo se comporta como se comporta.

10. Busquen una escuela con autoridades y docentes que conozcan el trastorno, lo comprendan, sepan cómo remediarlo, al menos parcialmente, mediante adecuadas intervenciones en el aula y/o modificaciones en la instrucción o el currículo (o se hallen dispuestas a aprender).
11. Busquen una escuela que disfrute de la interacción con profesionales externos y esté dispuesta a dialogar con ellos sobre los cambios que la escuela puede favorecer tanto desde la óptica educacional como psicológica y social.
12. Comprometa al profesional que atiende a su hijo a que brinde asesoramiento a la escuela si ésta no dispone de los conocimientos o profesionales de las ciencias de la educación entrenados y si ésta sí dispone de ellos, que esté abierto al diálogo con el fin de elaborar consensos.
13. Colabore intensamente con la escuela de sus hijos, aprendan a desarrollar programas de intervención en forma conjunta.
14. El 50% de los niños con TDAH padecen otro trastorno en comorbilidad (es decir, que tienen más de una dificultad trastorno), por ende asegúrese de que se han diagnosticado correctamente todos los aspectos del problema. Muchas veces el diagnóstico debe ser Multidisciplinario.
15. Busque el tratamiento apropiado y más eficaz para cada uno de los trastornos acompañantes. Si hay trastornos de aprendizaje deberá realizar un tratamiento psicopedagógico, etcétera. En estos casos, es muy importante que un profesional tome la responsabilidad de “administrar” el caso, de forma tal que los profesionales involucrados acuerden con ustedes un plan de trabajo.
16. La educación de un niño con TDAH puede ser una tarea difícil aunque excitante. Los padres deben prestarse apoyo recíprocamente, ser equilibrados, justos y ejecutivos en la resolución de problemas.
17. Manténganse calmos: ustedes no pueden darse el lujo de perder la calma con la misma facilidad que su hijo cambia de canal el televisor. Conozca cuáles son las situaciones que lo perturban más y desarrolle estrategias para afrontarlas. La ira de los padres en vez de disuadir ciertos comportamientos tiende a potenciarlos.
18. Parte de la Ayuda que deben prestarse es tener claro cuándo deben actuar juntos y cuándo turnarse de forma tal de evitar la sobre exposición.
19. Muchos padres tienden a aislarse social y familiarmente como consecuencia de las disconductas del niño. Esto se debe evitar, por ejemplo, poniendo en práctica estrategias que faciliten al niño el

desarrollo de sus habilidades sociales. Existen programas de entrenamientos de habilidades sociales y técnicas de modificación comportamental para conseguir que su hijo se comporte más apropiadamente fuera del hogar.

20. Los padres deben proveer a su hijo de un ambiente estructurado con moderación pero sin rigideces innecesarias: horarios de comida, sueño, estudio y esparcimiento deben estar ordenados razonablemente.
21. Si el entrenamiento parental no ha logrado que los padres puedan trabajar de manera conjunta y apropiada, se debe considerar la Terapia Familiar. Recomendamos los abordajes sistémicos. No vacilen en pedir ayuda para ustedes mismos.
22. Los niños con TDAH pueden beneficiarse en extremo de la realización de actividades físicas, éstas no lo curan, pero siempre es preferible que haya participado de actividades deportivas, especialmente grupales, a que haya pasado la tarde mirando televisión. Esto en función del común déficit social que presentan muchos niños con TDAH.
23. Alienten también las actividades creativas, ligadas a todas las formas artísticas: pintura, dibujo, música, etcétera; pero en contextos estructurados.
24. Los movimientos ociosos de su hijo que no perturben o sean peligrosos no deben ser bloqueados. A la larga el niño fallará en conseguir lo que usted quiere y simplemente habrá aumentado su nivel de stress. Concéntrese en restringir sólo lo que es necesario.
25. Ayude a su hijo a manejar la tendencia que tiene de querer tocarlo todo, por ejemplo, proporciónale un objeto o juguete para manipular en las situaciones que debe permanecer mucho tiempo sentado (en un viaje, por ejemplo), favorezca la presencia entre sus juguetes de equipos que el permitan manipulaciones y armados de estructuras tridimensionales, y si su hijo, mientras presta atención necesita manipular un objeto permítalo siempre y cuando “realmente” preste atención.
26. Establezcan límites claramente delimitados: por ejemplo, si está tratando que el niño aprenda respetar una regla específica coloque carteles recordatorios, explíquelo cuál es el comportamiento correcto, ejecútelo usted mismo como demostración y haga que lo reproduzca: insista hasta haber moldeado correctamente la respuesta.
27. Realicen una especificación precisa y concreta de qué comportamientos consideran aceptables y cuáles no. Confirman que el niño conoce el desempeño que se le solicita (por ejemplo, por el procedimiento recién descrito).
28. Establezcan consecuencias positivas o negativas claramente. El niño debe saber con exactitud cuáles serán las consecuencias de sus conductas.



29. Provea control, dirección y supervisión estrecha. La mayoría de los niños con TDAH responden “casi” normalmente en situaciones de uno a uno, especialmente si se refuerza en forma positiva su comportamiento.
30. Organice y supervise su agenda: un momento y un lugar para cada cuestión. No vacile en que esa agenda sea un inmenso letrero en la habitación del niño. Supervise y aliente su uso.
31. Ayuden a su niño a organizarse, dividiendo las tareas en partes que él pueda manejar: por ejemplo, si un niño de 7 años debe hacer una tarea tediosa que lleva 30 minutos para ser ejecutada, puede ser apropiado dividirla en tres partes con pequeños y breves descansos. Supervise estrechamente.
32. Tome conciencia de las capacidades reales de su hijo en cada momento y no lo empuje más allá: suba la escalara un peldaño por vez.
33. Asegúrele un lugar tranquilo despejado de distractores para trabajar en el hogar: nada de televisión o música cantada; el escritorio preferentemente contra una pared sin demasiadas cosas atractivas, aunque allí bien puede estar su horario escolar, su agenda y recordatorios escolares.
34. Regule la cantidad de tiempo en que tiene acceso a la televisión o video games. No es necesario prohibirlos ni apropiado, pero establecer un límite horario es prudente. Las capacidades atencionales de un niño no mejoran cuando mira televisión, aunque sí “deje de molestar”.
35. Ayuden a que establezcan prioridades sobre criterios eficaces. Los niños con TDAH cuando tienen más de 3 o 4 tareas a ser ejecutadas pueden presentar problemas en hacer un plan y ejecutarlo ordenadamente.
36. Recompense a su hijo frecuentemente y en especial, de forma cercana al momento en que ha exhibido un buen comportamiento. Prefiera las recompensas (¡Qué bien que has hecho esto!) a los castigos (¡Nunca vas a cambiar!). *Premie, aliente, apruebe y asista*, más que corregir y castigar.
37. Si tiene que reprobar una conducta, ponga en práctica formatos positivos. Por ejemplo, en vez de decir: “No me grites” o “Hables en ese tono” usted podría decirle: “Desearía seguir conversando contigo de esto cuando me hables respetuosamente”. Una vez que el niño exhibe el comportamiento correcto, no vacile en reconocerlo.
38. Si el niño tiende a ser opositor y argumenta en exceso en vez de seguir instrucciones, no aliente este comportamiento permitiendo esos largos comentarios y tome distancia. Espero otro momento para continuar el diálogo pero no negocie.
39. No permita que las dificultades hagan que la mayoría de las interacciones con su hijo sean negativas; signadas por castigos, comentarios adversos,



críticas, etcétera. Por ejemplo, manténganse atentos a los aspectos positivos de conducta y háganselo saber. Muchos padres necesitan ayuda para abordar esta tarea, los años los han enfocado excesivamente en lo disfuncional.

40. No abandonen el tratamiento, el TDAH es “crónico”, en especial, los síntomas de inatención e impulsividad tienden a continuar durante la adolescencia y en la vida adulta, aunque sí se modera la hiperactividad.