

Ares ANFRUNS NOMEN

INTERVENCIÓN GRUPAL EN NIÑOS CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD DESDE UN ENFOQUE COGNITVO-
CONDUCTUAL

Trabajo Final de Carrera
dirigido por
Laura AMADO LUZ

Universitat Abat Oliba CEU
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Licenciatura en Psicología

2007

«Puedes llorar porque se ha ido o puedes sonreír porque ha vivido; puedes cerrar los ojos y rezar para que vuelva o puedes abrirlos y ver todo lo que ha dejado; tu corazón puede estar vacío porque no lo puedes ver o puede estar lleno del amor que compartisteis.

Puedes llorar, cerrar tu mente, sentir el vacío y dar la espalda o puedes hacer lo que a él le gustaría: sonreír, abrir los ojos, amar y seguir».

Proverbio escocés

En memoria de Jordi Lluch y Manich

Resumen

El trabajo que tienes entre las manos es una revisión sobre un trastorno infantil muy importante hoy en día llamado Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Poco a poco y a medida que profundizas en sus páginas, se van respondiendo a las más relevantes cuestiones que hoy se plantean sobre este tema los padres y profesores de los niños hiperactivos.

El trabajo ofrece una clara visión de conjunto de un trastorno que lo es todo menos simple. A quienes lo padecen, o a quienes conviven con niños con TDAH provoca un gran malestar y un deterioro significativo en el ámbito familiar, escolar y/o personal.

Nos interesa hacer hincapié en que debemos ayudar a estos niños a entrar en la edad adulta con la mejor educación posible, habiendo adquirido habilidades útiles para la vida, unas buenas relaciones familiares y confiando en sí mismos.

En síntesis, este trabajo es un intento de ofrecer respuestas a las cuestiones más relevantes y todavía polémicas que rodean al TDAH así como revisar programas de tratamiento que incorporan las técnicas de intervención que han demostrado mayor eficacia.

Palabras clave

TDAH – hiperactividad – terapia grupal – intervención – cognitivo-conductual – tratamiento – comorbilidad

Resum

El treball que tens entre les mans és una revisió d'un trastorn infantil molt important avui en dia anomenat Trastorn per Dèficit d'Atenció e Hiperactivitat (TDAH). Poc a poc i a mesura que profunditzes en les seves pàgines, es responen les més rellevants qüestions que avui es plantegen sobre aquest tema els pares i els professors dels nens hiperactius.

El treball ofereix una clara visió de conjunt d'un trastorn que ho és tot menys simple. A qui ho pateix, o als qui conviuen amb nens hiperactius provoca un gran malestar i un deteriorament significatiu en l'àmbit familiar, escolar i/o personal.

Ens interessa destacar que hem d'ajudar a aquests nens a entrar a l'edat adulta amb la millor educació possible, havent adquirit habilitats útils per la vida, unes bones relacions familiars i confiant en sí mateixos.

En síntesis, aquest treball és un intent d'oferir a les famílies i als terapeutes que es troben davant la meta de tractar a aquests nens unes nocions bàsiques sobre el trastorn així com programes de tractament que incorporen les tècniques d'intervenció que han demostrat major eficàcia.

Paraules clau

<i>TDAH – hiperactivitat – terapia grupal – intervenció – cognitiu-conductual – tractament – comorbiditat</i>

Abstract

The work that you have between the hands comes to speak about a very important infantile disorder nowadays called Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Little by little and as you penetrate into his pages, they are answered to the most relevant questions that today there appear on this topic the parents and teachers of the hyperactive children.

The work offers a clear view of a disorder that it is everything less simple. To whom they it suffer, or to whom they coexist with children with TDAH it provokes a great discomfort and a significant deterioration in the familiar, school and personal area.

We are interested in emphasizing that we must help these children to enter in the adult age with the best possible education, having acquired useful skills for the life, a few good familiar relations and trusting in themselves.

In synthesis, this work is an attempt of offering the families and the therapists who are before the challenge of treating these children a few basic notions about the disorder as well as programs of treatment that incorporate the skills) of intervention that have demonstrated major efficiency.

Keywords

ADHD¹ – hyperactivity - group therapy - intervention – cognitive-behavioural– ADHD treatment – comorbidity

¹ Attention-deficit hyperactivity disorder.

Sumario

Introducción	11
1. Breve recorrido por la historia del TDAH	13
2. Interpretación actual del TDAH	15
2.1. Síntomas fundamentales del TDAH	19
2.2. Subtipos de TDAH	21
3. Etiología del TDAH	23
3.1. Factores biológicos y genéticos	23
3.2. Factores ambientales	25
4. Diagnóstico diferencial	27
5. Curso evolutivo	29
6. Epidemiología	30
7. Pronóstico	31
8. Trastornos asociados al TDAH	32
8.1. Trastornos de conducta	34
8.2. Trastornos de ansiedad	34
8.3. Trastornos del estado de ánimo	35
8.4. Trastornos del aprendizaje	36
8.5. Otros trastornos comórbidos	36
9. Modalidades de intervención grupal en niños con TDAH	37
9.1. Tratamiento farmacológico	38
9.2. Tratamiento conductual	39
9.3. Tratamiento cognitivo	40
9.4. Tratamiento cognitivo-conductual	41
9.5. Tratamiento combinado: cognitivo-conductual y farmacológico	47
10. Aproximándonos a la actualidad	47
Conclusión	51
Bibliografía	53

Introducción

Una de las principales preocupaciones de la sociedad y de sus sistemas de salud son aquellos niños que presentan dificultades de atención y concentración, impulsividad en su modo de pensar y comportarse, sobreactividad y dificultades para autocontrolar su conducta.

Es así como existe una alteración conductual denominada Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que aparece tempranamente en el niño y evoluciona de diversas maneras hacia la adultez. La preocupación por este cuadro se debe a su alta incidencia en la población infantil, alrededor de un tres o cuatro por ciento y por los problemas de adaptación que pueden presentar estos niños en su ambiente familiar, escolar y social, debido a su deficiente capacidad para controlar sus conductas impulsivas y actividad excesiva.

Este patrón de comportamiento, que ha permanecido durante décadas y se ha vislumbrado en todas las culturas, es un tema en permanente revisión. Esto ha generado diversas modificaciones en la terminología del trastorno, lo que ha sido reflejo de las tendencias históricas en la conceptualización etiológica y en las características esenciales del cuadro. Actualmente se utilizan las siglas TDA, SDA, DA Y TDAH para hablar de este trastorno. Este último es el que utilizaremos nosotros a lo largo del trabajo para referirnos a él según la última actualización del DSM-IV-TR (2002).

Podríamos hablar de que el TDAH es un trastorno de 4 caras. La primera de ellas es el problema de atención que este trastorno supone así como el problema de memoria y el escaso rendimiento escolar. La segunda cara se centraría en el problema de conducta impulsiva y fuera de control. La tercera cara se constituye por los trastornos asociados al TDAH, y, finalmente, la cuarta cara es el influjo del ambiente en que vive el niño. En este caso, tanto hablamos a nivel familiar, escolar, como en otros ámbitos aunque estos dos sean los fundamentales.

Dada la elevada prevalencia y el carácter crónico del TDAH, la iniciativa de desarrollar intervenciones efectivas para abordarlo es una cuestión crucial para el bienestar social. De hecho, tras décadas de investigación continuada sobre los procedimientos de diagnóstico más adecuados, la mirada se pone hoy en día fundamentalmente en el análisis de la eficacia de los tratamientos. Hasta la fecha, disponemos de tres enfoques

de intervención cuya eficacia ha sido respaldada empíricamente: las medicaciones estimulantes, las intervenciones psicosociales y los tratamientos que combinan ambos enfoques de intervención.

El trabajo que aquí se presenta consta de tres partes básicamente. En la primera se explica qué es la hiperactividad y cuáles son las principales características del niño hiperactivo. En la segunda parte, se analiza pormenorizadamente los diversos modos terapéuticos para afrontar este problema focalizándose en la terapia cognitivo-conductual. Por último, se encontrarán los últimos avances en el TDAH tanto de etiología como de diagnóstico que nos aproximan aún más a una visión actual del trastorno de conducta más común entre la población infantil.

1. Breve recorrido por la historia del TDAH

El TDAH fue descrito hace casi 100 años. En 1902 el Dr George Still, un pediatra inglés, creyó haber hallado un nuevo cuadro en sus consultas: “niños que no dejaban de moverse constantemente, lo miraban todo, lo tocaban todo, etc.; desconsiderados con los demás, despreocupados por las consecuencias de sus acciones, etc., que manifestaban una gran falta de atención y que parecían carecer de control sobre su conducta”. Describía así a lo que tradicionalmente se había llamado “niños con mal carácter”, construyendo una entidad clínica donde alojarlos a la que llamó “Déficit del Control Moral”.

Still (1902) lo definió como un trastorno de carácter crónico, de origen biológico (innato) y que no estaba causado por una educación inadecuada o por un ambiente adverso. Para ello, describió a 43 niños de su práctica privada que eran agresivos, desafiantes, resistentes a la disciplina y excesivamente emocionales o apasionados, quienes además mostraban poca inhibición de su voluntad. Estos niños muchas veces manifestaban inatención a las reglas, crueldad, actitud rencorosa y deshonestidad. Su característica especial era que requerían una gratificación inmediata de su “self” (de su yo).

Siguiendo a Still, psiquiatras infantiles, neurólogos, psicólogos y pedagogos se abocaron a nombrar esta disfunción. Las denominaciones más populares pueden darnos una idea de las concepciones etiológicas o descriptivas que los inspiraron: Síndrome Conductual de Daño Cerebral, Daño Cerebral Mínimo, Disfunción Cerebral Mínima, Hiperactividad, Reacción Hiperkinética de la Infancia, Trastorno Impulsivo Hiperkinético, Síndrome de Hiperactividad Infantil, Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, y así, atravesando unas 25 nominaciones más o menos reconocidas, hasta llegar a las contemporáneas.

En 1902, algunos de los niños estudiados manifestaban una historia de “daño cerebral” significativo o convulsiones, mientras otros no. De 1908 a 1956 se utilizó la teoría de un daño cerebral temprano, leve y a veces sin detectar, para explicar fallos en el desarrollo tardío y deficiencias en el aprendizaje. Se consideraba ya entonces, que el mejoramiento temprano en la conducta podría lograrse alterando el ambiente y por la instauración de una terapia farmacológica.

Con Strauss y Lethinen (1947) nació el término de “niños con daño cerebral”, a pesar de que muchos no contaban con suficientes evidencias de patologías cerebrales. En los años 1950 y 1960, este término evolucionó hacia el concepto conocido como “daño cerebral mínimo”, que eventualmente y por muchos años se llamó “disfunción cerebral mínima” (Clements, 1966). Así, se empezó a definir al niño hiperactivo con características como impulsividad, lapso de atención corto, baja tolerancia a la frustración, distracción fácil y agresividad.

Virginia Douglas (1972) fue la que impulsó el nuevo término de “déficit atencional” (DA). Ella argumentó que el déficit en la atención sostenida y el control de impulsos eran más vistosos que la misma hiperactividad. Douglas hablaba de cuatro grandes déficits responsables de los síntomas de desorden por déficit hiperactivo de la atención. Primero, la inversión, organización y mantenimiento de la atención y el esfuerzo de la atención; segundo, la inhibición de la respuesta de impulso; tercero, la modulación de los niveles de excitación para llenar demandas situacionales; y cuarto, una inclinación fuerte inusual de buscar refuerzos o volver a empezar inmediatamente.

Estos estudios de Douglas fueron influyentes para que la Asociación Americana de Psiquiatría utilizara su clasificación en su Manual de Diagnósticos DSM III. También concluyeron que la hiperactividad era muy situacional según la naturaleza de los niños. De allí el TDAH/TDA, es decir, déficit atencional con o sin hiperactividad.

Los años 90 vieron desarrollos significativos en el campo del TDAH. El punto de vista prevaleciente se concentró en los factores genéticos y neurológicos, aunque este último es el más aceptado.

Según Barkley (1997), los problemas de atención sostenida e impulsividad de los niños con TDAH son debidos a un pobre control de la interferencia (pobre control inhibitorio). La ausencia de inhibición conductual conlleva un retraso en la adquisición de las conductas destinadas a planificar, guiar y controlar el comportamiento y seguir las reglas y normas.

Barkley argumentó de manera muy precisa cómo los fallos en la inhibición de la conducta (el primer acto autorregulatorio) inciden de forma negativa en cuatro funciones neuropsicológicas que dependen de la inhibición conductual para su efectiva ejecución: a) memoria de trabajo; b) autorregulación de la motivación y del afecto; c) internalización del lenguaje; y d) procesos de análisis y síntesis.

La disminución de la capacidad de prolongar un estímulo para compararlo con la información almacenada en la memoria parece explicar los resultados de investigaciones que han puesto de manifiesto el bajo rendimiento que los sujetos con TDAH muestran en tareas de memoria. Otra de las consecuencias de esta escasa prolongación del estímulo es la menor eficacia en la codificación de la señal o el evento, especialmente si no es significativo, con lo cual se les cataloga como “olvidadizos”. Por otra parte, el problema en la prolongación del estímulo ayuda a entender la tendencia de los sujetos con TDAH a vivir en el presente, a prestar menos importancia a las consecuencias futuras de sus actos y a la ausencia de proyección que se observa en ellos hacia metas futuras.

La disminución de la capacidad de separar el afecto o la carga emocional del contenido de la información explica la baja tolerancia a la frustración, la tendencia a tener estallidos emocionales y la ansiedad de los sujetos hiperactivos.

En cuanto al lenguaje interno, los niños con TDAH tienen un retraso en la internalización del lenguaje y en su integración. Esta inmadurez en el lenguaje interno origina dificultades para adoptar un comportamiento gobernado por reglas y el retraso en el desarrollo moral.

Finalmente, la posibilidad de que los sujetos con TDAH tengan reducida su capacidad de análisis-síntesis afecta en que el juego es menos maduro, simbólico y creativo, además de una ejecución más pobre en tareas de fluencia verbal y las soluciones que aportan a los problemas son menos adecuadas.

Las cuatro funciones neuropsicológicas influyen a su vez en el sistema motor que controla el comportamiento dirigido a metas, aunque afectan también a otros sistemas neuropsicológicos tales como el sensorial, perceptivo, lingüístico y emocional.

2. Interpretación actual del TDAH

Como su propio nombre indica, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un desarrollo inapropiado de los mecanismos que regulan la actividad, la atención y la impulsividad. El interés renovado en su estudio puede hacernos pensar que nos encontramos ante un síndrome típico de la sociedad actual,

pero lo cierto es que el trastorno no es más prevalente ahora que en el pasado. Lo que ocurre es que han mejorado sustancialmente nuestros conocimientos sobre su detección. De hecho, hoy en día sabemos que el TDAH constituye uno de los síndromes clínicos más comunes en la infancia, de forma que entre un 3% y un 5% de los niños en edad escolar lo padecen (Barkley, 1981). Es más, se ha demostrado que sus manifestaciones esenciales persisten en la mayoría de los niños en etapas posteriores de su desarrollo, asociándose en algunos casos con la aparición de comportamientos antisociales que afectan negativamente a su integración en el ámbito familiar, educativo y laboral.

Los conocimientos actuales sobre el TDAH evidencian de forma incuestionable su elevada prevalencia, su naturaleza crónica y pronóstico desfavorable, así como la alta asociación que presenta con el trastorno de conducta y el trastorno oposicionista desafiante. En efecto, el TDAH es uno de los trastornos infantiles que determina más remisiones a médicos de familia, pediatras, neuropediatras y psiquiatras de niños y adolescentes (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991; Cantwell, 1996).

En el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10), la hiperactividad, denominada Trastorno de la actividad y la atención, queda comprendida dentro del grupo de los trastornos del comportamiento y de la emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia, concretamente en el subgrupo de trastornos hipercinéticos, que contempla cuatro entidades diagnósticas diferenciadas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hipercinético disocial, otros trastornos hipercinéticos y el trastorno hipercinético no especificado.

Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002) incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad dentro de los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, concretamente en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante.

Los criterios específicos que se incluyen en el DSM-IV-TR (2002) para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y en el ICD-10 para el diagnóstico del trastorno hipercinético (THC), recogen un listado similar de 18 síntomas, referidos a conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad, coincidiendo también en la necesidad de que los síntomas aparezcan antes de los 7 años y se mantengan a lo largo del tiempo con desajustes clínicamente significativos al menos en dos contextos

diferentes (tabla 1.1). Además, resultan inapropiados desde un punto de vista evolutivo, se evidencian en características conductuales específicas, tienen repercusiones negativas sobre el desarrollo cognitivo, personal y social e interfieren significativamente en el aprendizaje escolar y en la adaptación sociopersonal general del sujeto.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002), los criterios para el diagnóstico se agrupan en tres grandes grupos de síntomas. Si bien los dos grupos principales de síntomas son la hiperactividad y el déficit de atención, hay un tercer grupo de síntomas, los de impulsividad, que deben tenerse en cuenta.

Tabla 1.1. Dominios de síntomas para el TDAH /TDAH en el ICD-10 y el DSM-IV.

Desatención	Hiperactividad	Impulsividad
<ul style="list-style-type: none"> • No presta suficiente atención a los detalles • Tiene dificultades para mantener la atención • Parece no escuchar • No finaliza las tareas • Tiene dificultades para organizar las tareas • Evita el esfuerzo mental sostenido • Pierde objetos • Se distrae por estímulos irrelevantes • Es olvidadizo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mueve en exceso manos y pies • Abandona su asiento en la clase • Corre o salta • Tiene dificultades para jugar tranquilamente • Excesivo movimiento (DSM-IV) • Habla en exceso (DSM-IV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Habla en exceso (ICD-10) • Responde de forma precipitada a las preguntas • Tiene dificultades para guardar el turno • Interrumpe a otros

El correcto diagnóstico, siempre sobre bases clínicas, se realiza uniendo la información de los padres y de los profesores con la observación directa del niño y con los resultados de pruebas dirigidas a poner de manifiesto sus capacidades.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2002) los criterios diagnósticos para el TDAH son los siguientes:

A. (1) o (2):

(1) seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes y adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) a menudo "está de marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) a menudo habla en exceso.

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01): si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00): si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01): si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".

Como hemos dicho anteriormente, es necesario tener en consideración que estos síntomas pueden estar presentes en muchos niños, que no necesariamente pueden ser diagnosticados como presentando un Trastorno por Déficit de Atención, lo que hace necesario un diagnóstico diferencial para llevar a cabo un tratamiento adecuado para ese niño en particular.

Los niños que sí presentan TDAH son considerados de alto riesgo por la potencial asociación de este trastorno con patologías diversas (trastornos conductuales, trastornos de personalidad y otros). De lo anterior, se infiere la gran necesidad de estos niños a recibir asistencia y apoyo para superar sus síntomas, tan perturbadores para ellos mismos como para quienes los rodean. Se suma a esto, la relevancia social de las complicaciones asociadas a la falta de un tratamiento adecuado y precoz.

2.1. Síntomas fundamentales del TDAH

Deficiencias atencionales

Uno de los síntomas del TDAH es el déficit de atención y es que con frecuencia el niño es incapaz de prestar atención a los detalles o comete errores por descuido durante sus actividades escolares o en otras actividades. Además, normalmente es incapaz de mantener la atención en las tareas o en el juego. A menudo parece no escuchar lo que

se le dice. Igualmente, no consigue seguir las instrucciones ni terminar los deberes o tareas².

También es incapaz para organizar tareas y actividades. A menudo evita las tareas como los deberes que requieren un esfuerzo mental sostenido. Además, frecuentemente pierden las cosas necesarias tales como lápices, libros o juguetes, se distrae con suma facilidad y suelen ser olvidadizos en las actividades diarias.

Los niños con TDAH tienen dificultades en la atención selectiva, lo que les impide seleccionar la respuesta correcta entre un conjunto de alternativas. Son niños que inspeccionan y planifican menos y son menos activos en la búsqueda de información, es decir, utilizan estrategias atencionales menos eficaces. La mayoría de las investigaciones experimentales (Hart y col., 1995) sobre la capacidad atencional de los niños con hiperactividad atribuyen los problemas que tienen en la realización de determinadas tareas a la incapacidad para mantener la atención. Es como si estos niños no tuvieran control sobre su atención o no pudieran organizar la información entrante durante la realización de una tarea.

En general, todo apunta a que existen tipos de problemas atencionales, según el subtipo de TDAH. Así, los niños con TDAH con predominio desatento manifiestan deficiencias en la rapidez de procesamiento de la información y déficits en la atención selectiva, problemas cualitativamente diferentes de los que presentan los niños con TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo, que se verían afectados especialmente en la atención mantenida y en su capacidad para no atender los estímulos irrelevantes.

Hiperactividad

Como hemos nombrado anteriormente, otro de los síntomas de este trastorno es la hiperactividad. Generalmente, el niño es inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para integrarse en actividades de ocio tranquilas. Muestra un patrón de actividad motora excesiva y persistente que no es modificable por los requerimientos sociales. La actividad motora en los niños con TDAH se caracteriza por ser una actividad excesiva, desorganizada e inoportuna. Es considerada una *actividad excesiva* porque sobrepasa, de forma persistente, los límites considerados normales, por lo que

² Esto no viene dado por una conducta deliberada de oposición o por no haber entendido las instrucciones sino porque es una conducta propia de este trastorno.

se trata, en la mayoría de los casos, de una conducta excesivamente enérgica. Se considera una *actividad desorganizada* porque parece caótica y carente de objetivos. Y, por último, una *actividad inoportuna* porque sus acciones parecen incapaces de adecuarse a las demandas de la situación concreta. En general, el exceso de actividad motora y la inquietud es más probable que se produzcan en situaciones sedentarias o muy estructuradas que en ambientes relajados con menores demandas externas.

Además, son niños que se levantan en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezcan sentados. Con frecuencia muestran inquietud con movimientos de pies o manos, o se remueven en el asiento. Los niños hiperactivos parecen tener problemas para regular sus acciones según los deseos de otras personas o las demandas del contexto.

Básicamente, la excesiva actividad motora es una conducta que entorpece el buen funcionamiento del niño, por lo que su tratamiento ha estado vinculado a una reducción y moderación de la actividad motriz.

Impulsividad

Por último, el otro síntoma que afecta a este trastorno es la impulsividad ya que con frecuencia el niño hace exclamaciones o responde antes de que se le haga la pregunta. A menudo es incapaz de guardar su turno en las colas o en otras situaciones de grupo. Además, interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (por ejemplo, se inmiscuye en otras conversaciones o en los juegos de otros) y habla demasiado sin contenerse ante las consideraciones sociales.

En síntesis, la impulsividad se considera como un déficit en la inhibición de la conducta, que se manifiesta como “actuar sin pensar” (Douglas, 1983).

2.2. Subtipos de TDAH

En función de la predominancia de los síntomas anteriormente explicados, existen tres subtipos de TDAH según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002).

- Subtipo combinado: Presenta síntomas en ambos grupos de síntomas. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado.
- Subtipo predominantemente inatento: destacan los síntomas en el área atencional mientras que los de la hiperactividad/impulsividad no son significativos. Este debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad).
- Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: destacan los síntomas de hiperactividad e impulsividad mientras que los del área atencional no son significativos.

Numerosos autores coinciden en señalar que los niños con TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo son los que presentan más problemas de conducta (Barkley y col., 1990) son más impulsivos, menos ansiosos, más impopulares y son más rechazados por sus compañeros. En cambio, los niños con TDAH con predominio del déficit de atención son más tímidos y aislados socialmente y presentan problemas asociados de tipo internalizante como ansiedad, depresión, timidez y mayor comorbilidad con problemas de aprendizaje (Barkley, 1997).

La clasificación europea del trastorno, expresada en la CIE-10 (Clasificación de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), lo denomina Trastorno Hiperkinético y comprende tres grupos de síntomas fundamentales (inatención, hiperactividad e impulsividad, estos dos últimos unidos en un solo grupo en el DSM-IV-TR, 2002). Además, su diagnóstico exige la presencia significativa de síntomas tanto de inatención como de hiperactividad y de impulsividad. Así, su descripción corresponde a la variante más severa del trastorno, siendo similar al TDAH Tipo Combinado según criterios DSM-IV-TR (2002).

3. Etiología del TDAH

El origen del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no se conoce del todo. La información disponible hasta la fecha considera al TDAH como un trastorno heterogéneo sugiriendo la improbabilidad de encontrar una causa única al trastorno.

De esta forma, se considera que el TDAH se debe a una serie de causas biológicas que interactúan entre sí junto con otras variables ambientales, tanto de orden biológico como psicosocial.

En cualquier caso, debe descartarse como origen del mismo a los padres del niño o sus métodos educativos. No hablamos de un problema social ni de mala educación, sino de un trastorno concreto, con características clínicas y necesidad de tratamiento.

Así pues, las ideas iniciales del “daño cerebral mínimo” han llegado en los últimos años a evolucionar hacia estudios de neurobiología y genética. Del mismo modo, aunque los factores psicosociales no se consideran actualmente como causa principal, el estudio de los problemas familiares (Shaywitz y col.,1991) presentes en niños con esta patología ha revelado su importante papel en el desarrollo de los síntomas, en la aparición de comorbilidad conductual (trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial) y en el diseño de las intervenciones terapéuticas.

3.1. Factores biológicos y genéticos

Los estudios con familias sustentan claramente la influencia genética en el origen del TDAH (Faraone, 1996). En la mayor parte de los trabajos se ha constatado una mayor incidencia del TDAH, o síntomas del mismo, en padres biológicos de estos niños encontrando entre los padres de niños afectados un riesgo relativo entre 2 y 8 veces superior al de la población normal de padecer ellos mismos el trastorno. Recíprocamente, el riesgo calculado para un niño de sufrir el trastorno si uno de los padres lo padece es del 57% (Shaywitz y col.,1991).

Asimismo, se ha comprobado una proporción más elevada de trastornos psiquiátricos en padres biológicos de niños con TDAH. Concretamente, se ha encontrado una mayor incidencia de trastornos de ansiedad y cuadros de depresión en madres y de trastornos

de personalidad antisocial y alcoholismo en padres. (Biederman, Faraone, Keenan, Knee y Tsuang, 1990).

En general pues, numerosas investigaciones coinciden en señalar una importante contribución de los factores genéticos en la etiología del TDAH. (Faraone, Biederman, Keenan y Tsuang, 1991).

Los estudios con gemelos son congruentes con la hipótesis de un componente genético en la manifestación del TDAH. Estos señalan una concordancia del trastorno del 50% al 80% en gemelos monocigotos frente a un 29-33% en dicigotos, porcentaje este segundo similar al encontrado en otros estudios para hermanos biológicos no gemelares (Gillis, Gilber, Pennington y Defries, 1991; Sherman, Iacono y McGue, 1997b).

A nivel de neurotransmisores y neuroimagen (Cook y sus colaboradores, 1995) también se ha descubierto que existen problemas de aprendizaje y alteraciones conductuales en los niños con TDAH que implica a las funciones y a la memoria de trabajo de forma similar a como se aprecia en adultos con daños en el lóbulo frontal del cerebro.

Así pues, en niños con TDAH el proceso de transmisión de la dopamina no se produce correctamente (Cook y col., 1995). Es bastante probable que los genes implicados en el trastorno de hiperactividad sean los encargados de dirigir la manera en la que el cerebro utiliza la dopamina. En condiciones normales, la dopamina que se libera se adhiere a los receptores dopaminérgicos de ciertas neuronas para transmitir su mensaje, mientras que los transportadores dopaminérgicos la absorben para que posteriormente puede ser reutilizada. Sin embargo, las personas con TDAH pueden sufrir alteraciones en el gen de los receptores de la dopamina o en el gen de los transportadores de la dopamina. La consecuencia es que se generan receptores menos sensibles a la dopamina o transportadores hipereficaces que absorben la dopamina tan rápidamente que no dejan al neurotransmisor tiempo suficiente para adherirse a los receptores dopaminérgicos de una neurona vecina. El resultado, en resumen, es un proceso de transmisión de la dopamina defectuoso.

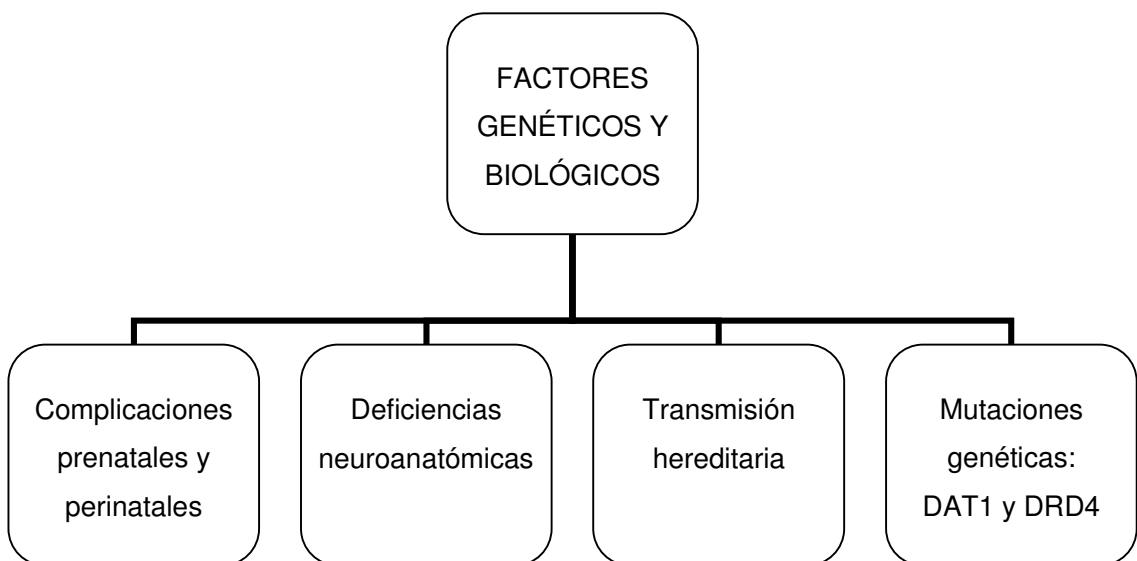
Dos investigaciones han aportado datos interesantes en este sentido. Cook y sus colaboradores (1995), señalaron que los niños con TDAH tenían una mayor probabilidad de experimentar una variación particular en el gen transportador de la dopamina DAT1. En la misma línea, LaHoste y sus colaboradores (1996) encontraron

que una variante del gen del receptor de la dopamina DRD4, que se asocia a la búsqueda de nueva estimulación (contraria a la inhibición comportamental), era más común entre los niños que tenían un TDAH.

De todas formas, los resultados de estas investigaciones dejan muchos interrogantes por responder, ya que falta demostrar una relación directa entre un tipo de neurotransmisor y sus efectos sobre la conducta del niño.

En resumen, dentro de los factores biológicos (Tabla 1.2.) destacan los eventos durante la gestación y pre-perinatales, tales como el consumo materno de tabaco, alcohol, drogas y otros problemas del embarazo, mala salud materna, menor edad de la madre, edad fetal postmadura, parto prolongado, distrés fetal, bajo peso al nacer, hemorragias preparto, etc. Los estudios no obstante, distan mucho de ser concluyentes, salvo a la hora de presentar una serie de factores predisponentes o una mayor vulnerabilidad al respecto (Nadeau, 1997).

Tabla 1.2. Los factores genéticos y biológicos fundamentales en el TDAH



3.2. Factores ambientales

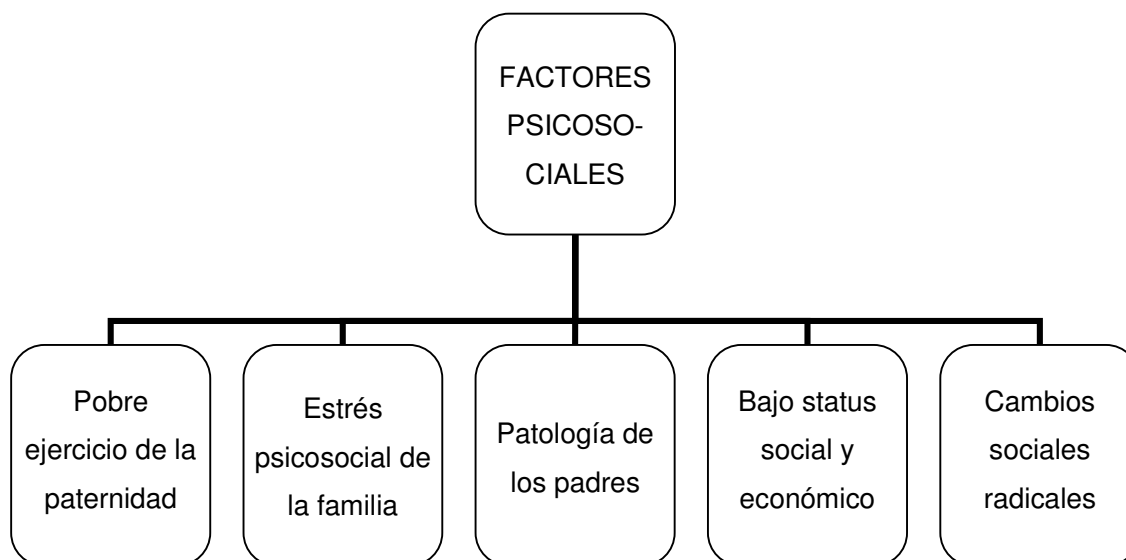
Aunque muchos han sido los factores ambientales relacionados con el TDAH, hasta la fecha ninguno (ni ninguna combinación de ellos) se ha demostrado como causa necesaria y/o suficiente para la manifestación del trastorno, aunque es cierto que una

situación psicosocial adversa incrementa el riesgo de problemas psiquiátricos emocionales y de conducta en niños.

Las variables del entorno del niño no son la causa del TDAH pero contribuyen significativamente al desarrollo de los problemas comportamentales e interpersonales que experimentan los niños afectados por este trastorno.

Los factores psicosociales (Tabla 1.3.), de igual modo, determinan más un riesgo psicopatológico general que un riesgo concreto para patologías mentales concretas. Dentro de estos factores de riesgo genérico, se encuentran una asociación positiva entre el TDAH y el índice de factores de adversidad de Rutter (problemas de pareja, clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno y acogimiento no familiar del niño). Estos factores tienden a aparecer como predictores universales de adaptabilidad y salud psíquica y en ciertos aspectos (delincuencia paterna, conflictos familiares, clase social baja) podrían ser más una expresión de la presencia en los padres del trastorno que su causa en el niño.

Tabla 1.3. Los factores psicosociales fundamentales en el TDAH



Así pues, y aunque no se conocen las causas del TDAH, por lo general surge por una combinación de factores psicológicos, biológicos y ambientales.

4. Diagnóstico diferencial

Al hacer la exploración y valoración diagnóstica del paciente es importante descartar otros trastornos, que aunque pueden coexistir con el TDAH, son entidades diferentes y como tal deben clasificarse.

En primer lugar hay que tener en cuenta que muchos niños pueden ser muy activos, distraerse con facilidad o tener dificultades de concentración. Si estos comportamientos son relativamente leves, no deben considerarse una alteración.

Así pues, antes de diagnosticar el TDAH hay que descartar circunstancias o estados que pueden dar problemas de atención y/o inquietud motora en el niño así como también conductas impulsivas pero que, en realidad, no constituyen un TDAH:

- Alteraciones genéticas cromosómicas, como el síndrome de Turner, el síndrome de X frágil, etc., que suelen cursar con trastornos de aprendizaje e inatención.
- Ataques epilépticos o crisis convulsivas que pueden afectar a la atención. La epilepsia también puede ocasionar un comportamiento poco habitual y dar lugar a percepciones anormales.
- El trastorno obsesivo compulsivo da lugar a que las personas sigan extraños rituales que ocupan sus pensamientos y distraen su atención.
- La enfermedad de Gilles de la Tourette conlleva movimientos de sacudidas involuntarios repetitivos del cuerpo junto con unos ruidos repentinos o palabrotas.
- El autismo y el síndrome de Asperger ocasionan dificultades en el entendimiento y uso del lenguaje junto con alteraciones en su funcionamiento social.
- Periodos prolongados de sueño insuficiente, ocasionando escasa concentración.
- Episodios depresivos.

- El retraso mental ocasiona síntomas clínicos característicos de impulsividad e hiperactividad, no por un TDAH sino por el retraso generalizado en las funciones cognitivas-intelectuales.
- Intoxicación por plomo.
- La sobreactividad adecuada a la edad. Los niños normales de temperamento activo cuyas conductas son organizadas y están dirigidas a un propósito.
- Los niños que viven en ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos, pueden presentar dificultades para mantener o dirigir sus conductas hacia un objetivo determinado.
- Los niños con trastorno de conducta manifiestan a menudo carácter impulsivo, poco autocontrol y dificultades para someterse a límites.
- Los niños con trastornos emocionales que presentan una baja atención y síntomas en el área de la conducta.
- Los niños con trastornos de aprendizaje pueden presentar dificultades de atención, inquietud, etc., como reacción a una situación de fracaso escolar. Por no poder seguir el ritmo de la clase parecen desatentos, molestan a los otros, no logrando participar adecuadamente en el proceso de aprendizaje.
- Los niños con problemas sensoriales (dificultades auditivas y visuales) pueden aparecer como poco atentos y concentrados en el trabajo, dada su dificultad para seguir los estímulos que se presentan en la sala de clases.
- Los niños con problemas de lenguaje, que les dificulta seguir adecuadamente las instrucciones, pueden presentar síntomas de inquietud asociados a un estado de aburrimiento por no poder participar adecuadamente en el aula.
- Algunos medicamentos interfieren en el control focal reduciendo la capacidad de mantener la atención por periodos mayores de tiempo (efectos adversos de fármacos como broncodilatadores, neurolépticos, antiepilépticos, etc.).

5. Curso evolutivo

Como se ha mencionado anteriormente, estos niños tienen unas manifestaciones distintas en cada etapa de la vida hasta llegar a ser adulto. Las etapas a las que nos referimos son la primera infancia, la educación infantil, la educación primaria y la adolescencia.

En la primera infancia, es posible que los niños con TDAH presenten un bajo peso al nacer, además de un retraso en el control de esfínteres y en el lenguaje. Igualmente, son bebés con un estilo temperamental difícil y de pautas de alimentación y sueño irregulares. Son pequeños con curiosidad insaciable, actividad excesiva, una demanda continua de atención, poca tolerancia a la frustración junto con múltiples rabietas.

Este patrón de comportamiento típico de los sujetos hiperactivos en la primera infancia genera, incluso en los padres más competentes, sentimientos de ineficacia personal, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos, conduciéndoles a menudo a aplicar pautas de disciplina excesivamente permisivas o bien extremadamente autoritarias. Así pues, y como consecuencia, los problemas de relación que se establecen entre los padres y el niño tienen un impacto negativo sobre el desarrollo futuro de dicho niño.

En la etapa de educación infantil, los padres y profesores manifiestan que son niños más inatentos, activos e impulsivos que el resto. Además, tienen una alta dificultad para centrarse en las tareas. Igualmente, cuando se da una situación de juego son inmaduros, manipulan, no juegan, tienen un mal perder e imponen su voluntad por lo que son rechazados por el resto de niños. En esta etapa aparecen problemas de lenguaje y habla tanto en comunicación social como en lenguaje interno.

Todas estas conductas problemáticas junto con las demandas de atención e insaciable curiosidad por el ambiente que manifiestan estos niños, plantean grandes retos a los padres y profesores en relación con la crianza y educación. Los adultos necesitan controlar el comportamiento de los niños con TDAH de forma más intensa y frecuente de lo habitual con otros niños que no presentan esta problemática.

En la fase de educación primaria los niños con TDAH tienen dificultades para estar sentados, inhibir conductas impulsivas, prestar atención y seguir instrucciones. En este

caso, el rendimiento académico es variable ya que un alto C.I. (coeficiente intelectual) puede compensar la inatención. Igualmente, existen deficiencias en hábitos de estudio (tiempo, esfuerzo y falta de estrategias). En cuanto a la competencia social, se agudizan los problemas para compartir, cooperar e interactuar con los compañeros, por lo que el rechazo social aumenta así como el fracaso escolar.

Como consecuencia de esto, muchos escolares hiperactivos comienzan a manifestar sentimientos de incompetencia e insatisfacción personal y desarrollan un concepto negativo de sí mismos.

Finalmente, en la adolescencia los intensos cambios físicos, emocionales y mentales que experimentan pueden provocar discusiones entre padres e hijos, así como manifestaciones de comportamientos opositoristas y desafiantes contra las figuras de autoridad. El rendimiento académico es aún más bajo. Además, los problemas de conducta siguen por lo que el rechazo aumenta. Son niños que empiezan a consumir tabaco, alcohol y que empiezan a tener accidentes y multas de tráfico. En cambio, en esta época tienen más recursos compensatorios si existe conciencia de enfermedad.

De esta manera pues, ya que el autoconcepto en este periodo evolutivo depende en gran manera de los logros académicos, sociales, artísticos y deportivos, dominios en los que suelen fracasar los sujetos hiperactivos, una proporción importante de estos adolescentes no tienen confianza en sí mismos y experimentan sentimientos de indefensión y síntomas depresivos.

6. Epidemiología

Como hemos comentado, el TDAH es una de las causas más comunes de las remisiones a médicos de familia, pediatras, neuropediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles.

En cuanto a índices concretos, según las informaciones procedentes de Estados Unidos, entre el 3% y el 5% de niños en edad escolar, el 10% de los casos que se visitan en consultas pediátricas, y entre el 40% y el 50% en consultas psiquiátricas y psicológicas, cumplen criterios de hiperactividad (Barkley, 1997). Basándose en estas

estimaciones cabría esperar que, al menos, un niño de cada clase podría ser hiperactivo.

Los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del TDAH varía según la edad, el subtipo del trastorno (TDAH tipo desatento o tipo hiperactivo-impulsivo) y el género. En este sentido, el TDAH tipo hiperactivo-impulsivo es cuatro veces más frecuente en chicos que en chicas (4:1), y en el TDAH tipo desatento, lo es en relación 2:1. Por otra parte, la prevalencia de la hiperactividad experimenta un decremento con la edad (McGee y cols, 1984).

En síntesis, la prevalencia del TDAH dependería del subtipo que se evalúe, de la edad, del sexo, del informante (padres o profesores) y de los criterios adoptados por el examinador.

7. Pronóstico

Hace unos años, los expertos en el campo creían que el TDAH sólo afectaba a los niños y que el trastorno se superaba durante la adolescencia. Ahora sabemos que muchos individuos con hiperactividad se ven afectados negativamente en su desarrollo a lo largo del curso vital.

En el TDAH, el curso y evolución de los síntomas es muy variable. Los síntomas pueden persistir durante la adolescencia y la vida adulta, desaparecer durante la pubertad, o puede haber una remisión parcial, de modo que desaparezca la hiperactividad pero persistan los déficits de atención y los problemas de control de impulsos. En principio, entre un 30% y un 80% de los niños diagnosticados continúan teniendo síntomas en la adolescencia y más del 65% en la edad adulta (Mannuzza y col., 1998).

Aproximadamente la mitad de los afectados presentan una remisión completa de los síntomas al llegar a la pubertad, siendo ésta muy infrecuente antes de los 12 años. Sin embargo, un número significativo de pacientes experimentará problemas que persistirán en su vida adulta. El adulto con TDAH posiblemente también sufrirá de otros trastornos como la presencia de síntomas depresivos, cuadros de ansiedad, abuso de alcohol o de otras drogas, o conductas antisociales.

No debemos olvidarnos de que existen unos factores que predisponen a que persistan los síntomas a lo largo de la vida. Estos son: una historia familiar de TDAH, la adversidad psicosocial, la comorbilidad del TDAH con un trastorno de conducta, con un trastorno del humor o con un trastorno de ansiedad, un bajo C.I. y una pobre relación con los compañeros (Herrero, Hetchman y Weiss, 1994).

La evolución de la hiperactividad en un sujeto también parece diferir en función del subtipo de TDAH que presente, de forma que será menos favorable para los subtipos predominantemente hiperactivo/impulsivo y combinado, en comparación con el subtipo predominantemente inatento.

En resumen, desde las anteriores consideraciones, el fracaso en el desarrollo del control inhibitorio de los estudiantes hiperactivos potencia su vulnerabilidad a experimentar otras dificultades que limitan sus posibilidades de desarrollo personal a distintos niveles. En consecuencia, el TDAH es un problema realmente serio para el niño que lo sufre y para las personas de su entorno social, sobre todo padres y profesores.

8. Trastornos asociados al TDAH

La forma más rara de TDAH es la que se exhibe de forma aislada; es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno. En las últimas décadas se han acumulado evidencias que indican que, en un alto porcentaje de casos, el TDAH se presenta acompañado de un amplio espectro de trastornos psicopatológicos. Este hecho dificulta el estudio clínico del ya por sí complejo cuadro de la hiperactividad y plantea la cuestión del diagnóstico diferencial entre el TDAH y los diversos trastornos con los que puede coexistir.

Si atendemos a los diversos síntomas y manifestaciones que se hallan en los niños con TDAH, fácilmente llegaremos a la conclusión de que la forma más rara de TDAH es la que se exhibe de forma aislada; es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno.

Aproximadamente entre un 45% y un 65% de niños con TDAH presentan otros problemas de conducta y/o emocionales, como el trastorno disocial, trastorno

oposicionista-desafiante, trastornos de ansiedad-depresión, etc. (Faraone, Biederman, Mennin, Wozniak y Spencer, 1997a). Estos altos índices de comorbilidad han llevado a considerar el TDAH como un trastorno heterogéneo, que suele presentarse acompañado de otros problemas psicopatológicos, los cuales interactúan y modifican el diagnóstico de forma importante.

Desde el punto de vista clínico, los casos que presentan TDAH asociado a otros trastornos son de mayor gravedad y se ven afectados en más dominios del desarrollo infantil (conducta social, académica, emocional y física), y siguen una evolución más desfavorable que los niños con TDAH sin comorbilidad (Rapport, Scanlan y Denney, 1999).

Los trastornos asociados más frecuentes ya fueron estudiados por el Prof. J. Biederman en 1991, publicándose su estudio en el *American Journal of Psychiatry*. En dicho trabajo se daba relevancia comórbida a los siguientes procesos: el trastorno negativista-desafiante, el trastorno de conducta disocial, los trastornos emocionales, los trastornos afectivos y los trastornos de aprendizaje.

El National Institute of Mental Health correlacionó los trabajos publicados por el Prof. R.A. Barkley en el *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* en 1998 ofreciendo unos datos relevantes: "Más del 50% (entre un 45% y un 65%) de los niños o adolescentes con TDAH presentan como mínimo un trastorno comórbido".

En dicho estudio se concluye que entre el 40-60% de la población con TDAH presenta un trastorno negativista desafiante y el 20-40% un trastorno de conducta disocial, es decir, pacientes con alto riesgo de presentar conductas de abuso de sustancias, violencia y delincuencia, así como la presencia de un mayor número de embarazos en adolescentes con TDAH.

Uno de los trabajos más concluyentes en el estudio del TDAH es el estudio Milwaukee del grupo del Prof. Barkley (2002) que recoge el seguimiento de una población de 123 pacientes TDAH con un grupo control de 60 pacientes sanos desde los 6 hasta los 21 años de edad, estudio que en su inicio se exigió un criterio selectivo de exclusión: los problemas de conducta. Las conclusiones del trabajo analizan entre otras variables la comorbilidad de los pacientes TDAH con el trastorno de conducta disocial y los comparan con el grupo control. La realidad confirma la teoría, observándose una mayor incidencia de robos, destrucción de la propiedad, crueldad con personas y animales e

incendios provocados en la población TDAH comórbida con trastorno de conducta disocial.

En resumen, los correlatos más frecuentes del TDAH incluyen los trastornos de conducta, la ansiedad, los trastornos afectivos y las dificultades en el aprendizaje.

8.1. Trastornos de conducta

El TDAH y el trastorno de conducta mantienen una considerable interdependencia. La información disponible indica que en la población de niños de enseñanza primaria el porcentaje de estudiantes que manifiesta síntomas de inatención e hiperactividad se sitúa alrededor del 2.3%, de oposicionismo y agresividad sobre el 3.6%, mientras el 3% presentan ambas sintomatologías y es el subgrupo de especial vulnerabilidad a experimentar dificultades en su ajuste sociopersonal durante la adolescencia (Shapiro y Garfinkel, 1986).

Es ampliamente aceptado por los investigadores que los niños con TDAH manifiestan mayores índices de conductas oposicionistas y desafiantes, agresividad y problemas de conducta, e incluso conducta antisocial ante sus compañeros.

8.2. Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad engloban un grupo diverso de patologías que se caracterizan por la presencia de temores, preocupación excesiva y recurrente, episodios agudos de ansiedad y evitación fóbica. El TDAH se asocia al trastorno de ansiedad en un 20% de los casos (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991). Además, cuando se presentan juntos el TDAH y el trastorno de ansiedad por separación, se incrementa el riesgo de desarrollar fobia escolar.

La presencia de un trastorno de ansiedad junto al TDAH parece reducir significativamente el nivel de impulsividad en estos niños en comparación con aquellos que no presentan ansiedad, aunque continúan presentando niveles de impulsividad por encima de los niños normales (Epstein, Goldberg, Conners y March, 1997).

8.3. Trastornos del estado de ánimo

Resulta complicado definir los trastornos del estado de ánimo en la infancia y la adolescencia, debido a que en esta etapa evolutiva se producen muchas variaciones en el estado de ánimo del niño. Es habitual la presencia de episodios de tristeza, así como sentimientos de culpabilidad y expresiones de irritabilidad u oposición. Los trastornos del estado de ánimo en la infancia se caracterizan por la presencia de tristeza o irritabilidad persistente, acompañada, en ocasiones, de una pérdida de interés por casi todas las actividades que realizan, disminución de la concentración, sensación de cansancio físico, cambios en el patrón de sueño y alimentación, así como presencia de quejas somáticas.

De acuerdo con algunos informes un 60% de niños con un TDAH presentan sintomatología afectiva (Morandé y Lázaro, 1992). La realidad es que los estudiantes con hiperactividad suelen experimentar persistentes dificultades sociales y académicas, sus relaciones con otras personas son conflictivas, tienen pocos amigos, sus profesores los consideran “alborotadores” e incluso suelen ser los primeros sospechosos cuando surgen problemas en clase convirtiéndose con demasiada frecuencia en “chivos expiatorios”. Parece lógico pues pensar que las múltiples dificultades que se ven obligados a afrontar cada día en su interacción con el ambiente, provoquen síntomas de pérdida de control y que, sobre todo, afecten negativamente a la percepción personal de su competencia. Se calcula que entre un 20% y un 30% de los niños con TDAH presentan, en algún momento, cuadros de depresión mayor (Schmidt, Stark, Carlson y Anthony, 1988).

Por otro lado, el trastorno bipolar es padecido aproximadamente por el 11% de los niños con TDAH (Milberger, Biederman, Faraone, Murphy y Tsuang, 1995). Los sujetos con trastorno bipolar comórbido muestran un funcionamiento considerablemente más perjudicado que aquellos niños con TDAH que no presentan este trastorno asociado, experimentando un mayor riesgo de hospitalización y otros trastornos psicopatológicos adicionales (Biederman, Faraone, Mick, Wozniak y cols., 1996).

En resumen, la información que por el momento se tiene del tema, es que los niños con un TDAH pueden experimentar un trastorno depresivo, pero es mucho más probable que manifiesten un “síndrome de desmoralización” caracterizado por sentimientos de impotencia y minusvaloración en relación con su rendimiento escolar y competencia social.

8.4. Trastornos del aprendizaje

En este caso, el 50% de niños con TDAH tienen además un trastorno del aprendizaje (Share, Silva y Adler, 1987). Los trastornos de aprendizaje, concretamente los problemas de lectoescritura, que son los más frecuentes entre este tipo de niños, suelen acompañarse inicialmente de un retraso en la adquisición del lenguaje, dificultades para retener la información auditiva e importantes dificultades en la pronunciación y la decodificación de la palabra escrita.

Hay autores que defienden que los síntomas primarios del TDAH pueden provocar la aparición de trastornos del aprendizaje. Por el contrario, otros autores afirman que son las dificultades de aprendizaje las que llevan a los alumnos a manifestar falta de atención e hiperactividad. Algunos señalan que son trastornos independientes pero comparten importantes factores biológicos y/o ambientales, mientras que otros señalan causas distintas en el origen de ambos (Jensen, Martin y Cantwell, 1997).

En conclusión, los estudiantes con hiperactividad pueden experimentar dificultades específicas para los aprendizajes instrumentales, pero la mayoría de ellos tiene un pobre rendimiento escolar, repite más cursos y suele asistir al aula de apoyo. Son niños que presentan un doble handicap, de forma que además de las deficiencias en el procesamiento automático de los estudiantes con dificultades de aprendizaje, experimentan las dificultades para el despliegue de esfuerzo ante las tareas que caracterizan a los estudiantes con hiperactividad (August y Garfinkel, 1990).

8.5. Otros trastornos comórbidos

A parte de los trastornos más frecuentes que se presentan junto al TDAH, existen otros trastornos que también pueden acompañarlo. Entre ellos, encontramos: el Síndrome Gilles de la Tourette y tics, el Trastorno obsesivo-compulsivo, los Trastornos generalizados del desarrollo, el autismo, el Trastorno de Asperger, el Trastorno del desarrollo de la coordinación, el retraso mental y la epilepsia.

De igual forma, los niños con TDAH pueden sufrir problemas asociados a la enfermedad que no alcanzan la severidad suficiente como para constituir un trastorno. Posiblemente, un niño con TDAH tenga un C.I. de 7 a 15 puntos más bajo de lo que tendría si no tuviera el TDAH. Se une a esto la baja ejecución escolar, el retraso en la

adquisición del habla, además de problemas sensoriales y motores, problemas de sueño, problemas de relación social (falta de habilidades sociales junto a dificultades de comunicación) y una baja autoestima.

Finalmente saber que el concepto de comorbilidad en el TDAH es pieza fundamental, eje básico sobre el que debe girar su diagnóstico y tratamiento, por lo que no podemos quedarnos en una visión reduccionista de diagnóstico único.

9. Modalidades de intervención grupal en niños con TDAH

En las últimas décadas, el tratamiento de la hiperactividad infantil se ha venido desarrollando desde dos enfoques terapéuticos distintos: el tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo-conductual.

Dentro del tratamiento farmacológico, los estimulantes y el metilfenidato en particular, constituyen la medicación de primera elección para la hiperactividad infantil. La medicación psicoestimulante va dirigida a mejorar la capacidad atencional de los niños, a incrementar el tiempo de trabajo que dedican a una tarea concreta y a reducir la hiperactividad motriz.

Los procedimientos conductuales y cognitivo-conductuales se han dirigido primordialmente a dos áreas de intervención: una, a los déficits en la atención sostenida, al control de la impulsividad y a la mejora en el rendimiento académico; y la otra, a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas-desafiantes y las conductas agresivas.

Aunque la medicación estimulante sigue siendo hoy en día uno de los tratamientos de primera elección para la hiperactividad, numerosas investigaciones señalan que es más adecuado un tratamiento que combine diferentes técnicas y procedimientos. De este modo, la combinación de tratamientos, como el tratamiento farmacológico y el cognitivo-conductual, potenciaría los efectos obtenidos por separado, asegurando el mantenimiento de las ganancias y atenuando los problemas y limitaciones que conllevan la administración de cada uno de ellos por separado.

No debemos olvidarnos que la intervención y tratamiento dependerá del diagnóstico exacto del niño y de cuáles sean los síntomas sobresalientes. Se deben tener en cuenta sus dificultades específicas y aquellos puntos fuertes que pueden ayudarle a mejorar. En resumen, una buena intervención debe enfocarse en la familia del niño, en la escuela y en el propio niño.

9.1. Tratamiento farmacológico

Los psicofármacos han sido ampliamente utilizados en el tratamiento del TDAH. Entre ellos, el grupo de los psicoestimulantes ha sido el más aplicado, el mejor estudiado y el que ha demostrado mayor eficacia en el control de los síntomas centrales del TDAH. Entre ellos destacan el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina. De todas formas, no deben ser usados en niños menores de 6 años, tienen algunos efectos secundarios importantes y deben ser administrados con estrecha supervisión médica.

A corto plazo, el tratamiento con medicación estimulante es eficaz para mejorar la conducta y el rendimiento de los niños con TDAH. Estos mejoran los síntomas principales de dicho trastorno, incrementan la atención y el rendimiento en tareas escolares que requieren concentración y atención sostenida, y disminuyen la hiperactividad y la impulsividad.

En cambio, a largo plazo, se ha demostrado que los psicoestimulantes no tienen efectos beneficiosos sobre la conducta. Las mejoras en la interacción y la relación social tampoco se mantienen ni tampoco se aprecian mejoras significativas en las habilidades académicas.

En ciertos casos, el tratamiento con psicoestimulantes no es apropiado, por ejemplo, cuando el TDAH se acompaña del trastorno de la Tourette, de epilepsia, de ansiedad elevada, de depresión, etc. Es aquí cuando se utilizan otros fármacos en el tratamiento del TDAH:

- Los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y la desimipramina. Se ha comprobado que los antidepresivos tricíclicos mejoran el humor, la atención y disminuyen la hiperactividad y la agresividad.

- Los antipsicóticos o neurolépticos: son muy útiles en el control de la agitación psicomotriz y la agresividad. Este tipo de fármacos son mucho menos eficaces que los psicoestimulantes o los antidepresivos tricíclicos, pero pueden ser útiles en el caso de niños con TDAH que presenten retraso mental leve o moderado.
- La clonidina: se utiliza, sobre todo, como agente hipotensor. Su principal efecto psicoactivo es la sedación. La principal indicación en psiquiatría infantil es el tratamiento de Gilles de la Tourette, aunque también se ha empleado en el TDAH. Este fármaco parece eficaz para disminuir los niveles de hiperactividad motora, aunque es menos efectivo en la mejoría de la atención.
- La atomoxetina: es la nueva medicación para el TDAH después de 25 años. Se llama atomoxetina o Strattera, inventado por la Compañía de Eli Lilly Strattera. Es la primera medicina aprobada para el tratamiento de TDAH adulto además de ser usado para TDAH infantil y adolescente. La atomoxetina no es un estimulante sino un inhibidor de nueva respuesta sumamente selectivo que aumenta la disponibilidad de noradrenalina fuera de la neurona. Además, aumenta la dopamina en la corteza prefrontal.

La investigación demuestra la mejora significativa de los síntomas del TDAH y sus dificultades aunque no produce los mismos efectos que los estimulantes.

9.2. Tratamiento conductual

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio de comportamiento de las personas a través de técnicas de intervención psicológica, de forma que desarrollen sus potencialidades, optimicen las oportunidades disponibles en su ambiente y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a su medio.

Las primeras intervenciones conductuales diseñadas para tratar la hiperactividad infantil fueron la administración de refuerzo positivo y el coste de respuesta (Martin y Pear, 1998). El procedimiento básico para reducir las conductas problemáticas (estar siempre en movimiento, no poder permanecer sentado, correr de un lado para otro, etc.) consistía en ignorar dichas conductas y reforzar sistemáticamente aquellas otras deseables, incompatibles con la conducta problema y que permitiesen al niño seguir un

ritmo normal en el aula. Por tanto, el objetivo de la intervención consistía en disminuir los comportamientos excesivos inadecuados (exceso conductual) y fortalecer respuestas incompatibles con el movimiento excesivo (déficit conductual).

La primera estrategia, basada en la *teoría de la reducción de estímulos* de Zentall (1975, citado por Orjales, 1992) suponía que el niño hiperactivo estaba sometido a una sobreestimulación ambiental y era incapaz de controlar los estímulos que provenían del exterior, lo que le provocaba una respuesta excesiva y desorganizada. Bajo esta premisa, la estrategia de intervención utilizada consistía en colocar a los niños en cubículos sin apenas estímulos o rodearlos de un ambiente lo menos atractivo y estimulante posible. El objetivo era ayudar al niño a controlar su propia conducta restringiéndole al máximo los estímulos que podían sobreestimularlo.

La segunda estrategia, basada en el *programa extra de educación física* de Krauch (1971), consideraba que el niño hiperactivo tenía una sobrecarga de energía que debía liberar, ya que de lo contrario le impedía estar quieto y concentrarse en una actividad determinada. En este sentido, Krauch (1971) diseñó lo que él denominó “clase dirigida” en la que la jornada escolar se dividía en intervalos de 15 a 20 minutos, con actividades diferentes en cada momento, combinando un sistema de recompensas de puntos para reforzar la conducta del niño hiperactivo por finalizar la tarea asignada.

Otra de las estrategias basadas en los principios de modificación de conducta es el entrenamiento a padres (Dubey et al. 1983). Este tipo de intervención persigue el objetivo de disminuir las conductas desajustadas de los niños con TDAH utilizando a los padres como coterapeutas. El terapeuta enseña a los padres un conjunto de técnicas destinadas a fomentar la aparición de unas conductas y eliminar otras.

En síntesis, se ha comprobado que las técnicas conductuales son eficaces pero no suficientes para controlar la gran heterogeneidad de síntomas del TDAH.

9.3. Tratamiento cognitivo

Las primeras aplicaciones de las técnicas cognitivas en el tratamiento de problemas específicos de niños y adolescentes se encuentran en autores como Bandura (1977) y Meichenbaum (1969) y Spivack y Shure (1974).

Bandura (1969) se centró en el estudio de la influencia de la observación de modelos agresivos y/o cooperativos sobre el comportamiento de los niños y en el efecto terapéutico del modelado sobre las fobias a los animales y el retraimiento social. Meichenbaum y Goodman (1971) estudiaron la aplicación del entrenamiento en autoinstrucciones en la modificación de conducta con niños que presentaban conductas agresivas, hiperactivas e impulsivas. Spivack y Shure (1974) estudiaron la aplicación del entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales con niños desde preescolar hasta adolescentes.

Posteriormente, Vygotsky (1978) señaló la importancia del lenguaje interiorizado para desarrollar el control de la conducta y, especialmente, para inhibir los actos motores. En los niños hiperactivos, la internalización del lenguaje tiene una enorme trascendencia en el proceso de realización de tareas, ya que les facilita la organización de su propia actividad y la reducción de las conductas que interfieren en la realización de una determinada tarea.

El trabajo de Luria supuso una verdadera revolución en la psicología cognitiva. En un artículo publicado en 1961, Luria expuso las funciones que los procesos lingüísticos desempeñan en el control de la conducta humana, así como la consideración de la automatización progresiva del habla en el niño, lo que él denominó “segundo sistema de señales”. Según este autor, el lenguaje permite al niño regular su conducta.

El éxito inicial de las técnicas cognitivas en el tratamiento de la hiperactividad infantil se vio empañado por la incapacidad de los investigadores para conseguir que las habilidades adquiridas en la clínica se mantuviesen una vez finalizada la intervención. Por otra parte, la mejora en la capacidad de atención del niño no se traducía en una mejora en su rendimiento escolar. Este descontento hizo que los investigadores renovasen el enfoque del tratamiento e incorporasen en sus planteamientos las técnicas conductuales en el tratamiento de la hiperactividad infantil.

9.4. Tratamiento cognitivo-conductual

Los tratamientos cognitivo-conductuales designan, en la actualidad, a un amplio número de paquetes de estrategias encaminadas a paliar los déficits cognitivos relacionados con la toma de decisiones, toma de perspectiva social, amplitud de estrategias de

solución de problemas, percepción de emociones, etc.; y conductuales como tiempo fuera de tarea, ira incontrolada, desobediencia, comportamientos sociales negativos, etc. De todas formas, el tratamiento cognitivo-conductual debe considerarse como una parte importante del tratamiento pero no como un sustituto de otros planteamientos. En la mayoría de los casos, la administración de fármacos estimulantes, los métodos convencionales conductuales y el entrenamiento a los padres y profesores continúan siendo imprescindibles.

Este tratamiento debería ajustarse a las diferencias individuales de temperamento, estilos de aprendizaje, respuesta al esfuerzo y otras características propias del niño, como el autoconcepto y la autoestima, el nivel madurativo, etc. También tenemos que tener en cuenta, que aunque este enfoque se centre en las cogniciones y conductas, no debemos olvidar las emociones. Y es que un niño con hiperactividad puede tener serias dificultades en el reconocimiento, regulación y emisión de sus propias reacciones afectivas. Por eso, el entrenamiento debe incidir sobre los pensamientos, los sentimientos y las conductas (Hinshaw y col., 1984).

Igualmente, y en la medida de lo posible, el tratamiento debe ampliarse al contexto familiar y escolar, haciendo intervenir a las figuras más relevantes para el niño. Así, debe evaluarse la situación familiar, los criterios y actitudes educativas que cada familia ha desarrollado para adaptarse a la problemática hiperactiva, reeducando a los padres en aquellos casos en que sea necesario.

Si bien es el niño el que más sufre, no es fácil convivir con un niño con este tipo de trastorno. Tanto padres como profesores son elementos fundamentales en el tratamiento y deben establecer unas estrategias para la modificación de la conducta, con un régimen estructurado de castigos y recompensas, siempre con el apoyo y consejo de un especialista, ya sea un psiquiatra, un psicólogo o un terapeuta infantil. Es esencial que los padres comprendan que una permisividad excesiva no va a ayudar a sus hijos y en todo caso va a impedir que éstos aprendan a ser responsables de sus propios actos. Por lo tanto, no es beneficioso eximir por completo a estos niños de las tareas, normas y responsabilidades que se aplican a los demás niños.

Actualmente, bajo el término de *técnicas cognitivo-conductuales* se engloba a más de 200 técnicas de tratamiento. La aplicación de estas técnicas a niños con TDAH las podemos categorizar en 2 ámbitos: el escolar y el familiar.

Haciendo una revisión de la bibliografía más reciente relacionada con el tema encontramos distintos programas de intervención cognitivo-conductual para niños con TDAH, unos focalizados en el ámbito escolar y otros en el ámbito familiar.

Es un hecho ya admitido, apoyado por las investigaciones sobre efectos del tratamiento del TDAH, que la intervención psicopedagógica debe centrarse en la institución escolar, y que ha de ser ésta la que dé respuesta adecuada a las distintas necesidades educativas que puedan presentar sus alumnos. Y es obvio que para que la intervención sea eficaz, desde los primeros pasos, se necesita que el profesorado tenga una formación al respecto (Santos, J.L. y Bausela, E., 2007). En la actualidad, ésta la están adquiriendo, en la mayoría de los casos por propia iniciativa y no dirigida a la intervención sino más bien a la información del trastorno.

Es de vital importancia formar a los profesores sobre el TDAH y los problemas que puede originar en el aula, dotar de conocimientos y competencias básicas al profesorado en el manejo de tales conductas, dotar de conocimientos básicos acerca de los diferentes trastornos específicos y cómo suelen manifestarse (indicadores de sospecha).

Así pues y como *intervención escolar* encontramos distintos programas para la mejora del niño con TDAH en el aula:

- *El Programa de intervención en el aula de Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil y Jarque (1999)*. Este es un programa que ayuda a la formación de profesores para la intervención en el aula con niños con TDAH de preescolar y los dos ciclos iniciales de Educación Primaria. Se plantea como alternativa combinada con los programas de entrenamiento a las familias en técnicas de modificación de conducta y el empleo de terapia farmacológica. En él se incluye el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta, técnicas cognitivo-conductuales y el manejo instruccional en el aula.
- *El programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad de Gargallo (1997)*. Este programa ha sido diseñado para su aplicación colectiva, preferentemente en el entorno escolar, con el fin de potenciar la reflexividad y la atención en la ejecución de tareas. El objetivo de dicho programa se centra en el entrenamiento para la mejora de dos variables implicadas en el estilo cognitivo reflexividad-impulsividad: la latencia y la

precisión o exactitud en la ejecución. En él a partir de distintas técnicas como la demora reforzada, las autoinstrucciones, los reforzadores y el modelado, entre otros, se consigue mejorar las dos variables anteriormente citadas.

- *El programa de entrenamiento en solución de problemas de grupo de Goldstein y Pollock (1988)*. Estos autores desarrollaron un programa con 21 habilidades para enseñar técnicas de solución de problemas a los niños hiperactivos. Este programa utiliza un sistema de refuerzo denominado WINS (triumfo). Los WINS se pueden ganar de forma intermitente por la participación en grupo y por buena conducta. El propósito de estos reforzadores es mejorar la atención y la participación durante las reuniones y contribuir a mejorar la autoestima.
- *El programa de entrenamiento en habilidades sociales de Goldstein y Pollock (1988)*. Este programa de entrenamiento en habilidades se presenta como una extensión del programa de entrenamiento cognitivo de estos mismos autores y presentado anteriormente. Este recoge las estrategias que se enseñan en cada una de las sesiones que tiene el entrenamiento. Estrategias como escuchar, autorrefuerzo, conversaciones, hacer preguntas, pedir ayuda ante un problema, seguir instrucciones, colaborar, ofrecer ayuda, decir gracias y aceptar un cumplido son algunas de las que se enseñan.
- *El entrenamiento en autoinstrucciones verbales de Kirby y Grimley (1986)*. Está dirigido al aumento de la atención, la reducción de la conducta impulsiva y la regulación de la actividad y las respuestas emocionales. Para su puesta en práctica es necesario que el terapeuta elija una tarea que requiera la utilización de habilidades específicas en las que el niño con TDAH haya mostrado tener dificultades. El terapeuta modela, entonces, la realización de la prueba verbalizando la definición del problema, sugiriendo posibles formas de análisis del mismo, verbalizando un método para la selección y aplicación de la estrategia más adecuada y, finalmente, modelando un procedimiento de autoguía, autoevaluación y autorrefuerzo. Así pues, el terapeuta modela y enseña las autoinstrucciones al niño. Las autoinstrucciones se verbalizan en voz alta durante las sesiones iniciales para proceder, progresivamente, a su verbalización encubierta.
- *El programa cognitivo-conductual de Kendall, Padaqwer y Zupan (1980)*. Este programa es de aplicación individual o en grupos de 2 a 4 niños. Su objetivo es

enseñar al niño impulsivo procedimientos autoinstruccionales utilizando el modelado en una serie de tareas de solución de problemas, personales e interpersonales.

Como hemos mencionado y dándose a la vez que la intervención escolar, encontramos la *intervención familiar*. En ella es fundamental explicarles a los padres en qué consiste el trastorno, insistiendo en la naturaleza involuntaria de la gran mayoría de los síntomas, informarles sobre cómo minimizar o disminuir los síntomas y explicarles como la conducta de ellos puede influir negativa o positivamente en el comportamiento de su hijo.

Es importante pues, dotar a los padres de conocimientos básicos acerca del TDAH y los problemas conductuales. Darles un mínimo de habilidades en el manejo de contingencias y proporcionarles unos conocimientos mínimos de cómo pueden manejar las conductas disruptivas en casa. Informarles acerca del apego y cómo éste puede alterarse en el TDAH e informarles sobre el temperamento y cómo éste condiciona los resultados de su participación en el tratamiento (prevención de los trastornos de conducta).

Igualmente, en este caso, existen programas muy recientes para trabajar con familias de niños con TDAH como:

- *El programa de orientación y entrenamiento a padres – PEP de Barkley (2000)*. Este programa está centrado en los principios de la terapia familiar sistémica y de la terapia cognitivo-conductual y se dirige a tres objetivos principales: (1) la aceptación del diagnóstico y las implicaciones del trastorno, (2) ayudar a restablecer la capacidad de manejo sobre los comportamientos del niño y, (3) recuperar la capacidad para que los padres recuperen el control de sus emociones.

Este programa es interesante porque da información específica sobre el TDAH, encuadra los comportamientos problema, presta atención positiva en juegos especiales, explica pautas para poner límites y establecer disciplina, atiende a las dificultades en la escuela y revisa estrategias y anticipa dificultades futuras. Por el contrario, si el niño está muy alterado no es indicado empezar por este tratamiento. Además, no mejora la capacidad de atención y aunque incide en el ambiente escolar no tiene influencia directa.

- *El programa de entrenamiento en habilidades para niños con problemas de conducta de Bloonquist (1996)*. Este autor desarrolló un programa para padres de niños con problemas enfocado a diez áreas. Estas son: el estrés de los padres, los pensamientos de los padres, la participación de los padres y el refuerzo positivo, interacciones familiares, la disciplina relacionada con la aceptación y seguimiento de reglas en los niños, habilidades sociales en los niños, habilidades de solución de problemas generales y sociales en los niños, la habilidad de los niños para hacer frente a la cólera, la habilidad de los niños para hacer frente a sus actividades académicas de forma autodirigida y el bienestar emocional y nivel de autoestima en los niños.
- *El programa de intervención cognitivo-conductual para niños con TDAH de la Dra. Isabel Orjales Villar (1991)*. El programa es una versión mejorada del programa de Kendall, Padawer y Zupan (1980). Se trata de un programa con 30 sesiones que tiene la finalidad de trabajar distintas estrategias a partir de tareas variadas.
- *El modelo cognitivo-conductual integrado de Goldstein (1990)*. Este modelo, para aplicar en el marco escolar y familiar, se centra en definir la conducta, enseñar a autorregistrar y autoevaluar, administrar contingencias externas, enseñar técnicas autoinstruccionales y atribucionales, transferir el control de los refuerzos al propio niño, diseñar situaciones que favorezcan la generalización de lo aprendido, eliminar progresivamente las contingencias de refuerzo y registrar intermitentemente y ofrecer contingencias para el mantenimiento de las conductas.

Entre los efectos observados a corto plazo por los tratamientos cognitivo-conductuales se encuentran una mejoría de la conducta de atención y del rendimiento académico, una mejoría en su relación social, con sus compañeros y adultos de su entorno y una disminución de la sobreactividad y de las interacciones sociales inapropiadas. Asimismo, los padres y profesores perciben mejoras en el comportamiento del niño, un mayor autocontrol por parte del niño y una reducción del estrés familiar y/o escolar. Además, las intervenciones dirigidas al niño han demostrado ser eficaces en el control de la conducta agresiva, en el aumento de la atención, en el incremento del trabajo escolar, en la mejora del cumplimiento de las normas, en la mejora de la autoestima, y de sus habilidades sociales.

9.5. Tratamiento combinado: cognitivo-conductual y farmacológico

Las ventajas de la combinación de los tratamientos farmacológicos con los cognitivo-conductuales son la potenciación de los efectos obtenidos por separado en cada uno de estos tratamientos, el mantenimiento de los resultados obtenidos a largo plazo y las ganancias terapéuticas, la reducción de costes, etc.

Entre las razones para el auge de la combinación de terapias se encuentran una mejora en el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta; la constatación de las limitaciones terapéuticas de las terapias farmacológicas, conductuales y cognitivas, por separado; la necesidad de potenciar, de forma conjunta, los efectos de las diferentes intervenciones, que afectan a dominios de conducta complementarios; y la preocupación cada vez más extendida de mantener los resultados obtenidos a largo plazo.

Existe una amplia bibliografía que apoya la combinación de la medicación estimulante y las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento del TDAH. Diversos autores sugieren que el tratamiento unimodal (farmacológico o psicosocial) no es suficiente para tratar todos y cada uno de los síntomas que presentan los niños hiperactivos, dado el alto grado de heterogeneidad de estos niños, con relación a la presencia e intensidad de los síntomas de TDAH y la presencia e intensidad de otras alteraciones comórbidas no menos importantes como son ansiedad, depresión, conducta negativista y conducta desafiante.

La aplicación y evaluación de tratamientos que comprendan la prescripción de psicofármacos y de técnicas cognitivo-conductuales con objeto de poder ponderar sus acciones terapéuticas de conjunto y por separado es el objetivo de un tratamiento multicomponente del TDAH.

10. Aproximándonos a la actualidad

De acuerdo con los planteamientos más actuales en relación con la *etiología* del TDAH, el problema central de los sujetos diagnosticados de TDAH es su baja capacidad para ejercer el control inhibitorio sobre sus comportamientos (Barkley, 2002). Por ello, la finalidad del tratamiento ha de ser que estos niños sean capaces de decidir sobre qué

es lo que tienen que hacer y qué es lo que tienen que pensar; o dicho en términos de intervención, disponerles y enseñarles autocontrol, que es tanto como prepararles para planificar, organizar y ejecutar su conducta (Santos, J.L. y Bausela, E., 2007).

Este objetivo, creemos será una realidad cuando este trastorno se empiece a tratar de forma rigurosa y sistemática desde el enfoque psicoeducativo en el contexto escolar, reservándose otros espacios para terapias más específicas, ya psicológicas, ya farmacológicas, cuando el caso lo requiera. Para que esta intervención sea eficaz se requiere que los centros, como instituciones educativas, reciban suficiente atención por parte de los Equipos Psicopedagógicos (psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales), suficiente dotación de profesores de apoyo que puedan dar respuesta a la atención personalizada y especializada, fundamentalmente en Pedagogía Terapéutica, y oferta de formación específica para el profesorado ordinario (tutores y especialistas) que son los verdaderos agentes del tratamiento en el continuo escolar. Sólo así, y con la coordinación con los demás agentes del tratamiento, daremos correcta respuesta al Trastorno de Conducta más común y con más implicaciones en el aprendizaje dentro del periodo de la educación infantil y primaria.

Una de las líneas de investigación actuales relacionada con el *diagnóstico* se basa en la fiabilidad y concordancia de los datos aportados por los padres y por los profesores para la identificación de los síntomas del TDAH (Trujillo, A., Díaz-Sibaja, M.A. 2007). Si bien es cierto que, en términos generales, los padres y los profesores son fuentes fiables para la identificación de los síntomas del TDAH, las discrepancias que en ocasiones aparecen entre ellos pueden dificultar notablemente el adecuado diagnóstico del trastorno por parte del psicólogo o del psiquiatra. Coincidiendo con lo señalado por Moreno (2002) y Orjales (2001), las causas de estas discrepancias habría que buscarlas en dos aspectos fundamentales: por un lado, a las distintas expectativas y exigencias de los padres y los profesores con respecto al comportamiento de los menores, lo que les llevaría a considerar de diferente manera la “hiperactividad normal” y, por otra parte, al grado de tolerancia de los evaluadores, de tal forma que un niño con un cierto grado de hiperactividad podría ser considerado normal si es evaluado por un adulto tolerante, mientras que si le evalúa otra persona podría ser valorado como hiperactivo.

No obstante, no debemos olvidar que tomar en consideración las distintas perspectivas o fuentes de información puede favorecer una evaluación más completa de las necesidades del niño (Montiel, C. y Peña, J.A., 2001).

En concordancia con la recomendación de realizar una evaluación multi-metodológica, en la que se utilicen diferentes procedimientos de evaluación y distintas fuentes de información (padres y profesores) una investigación reciente (Trujillo, A., Díaz-Sibaja, M.A., 2007) muestra que las variables que mejor predicen que los padres o los profesores consideren que los menores tienen un TDAH son: las variables conductuales “atención-hiperactividad”, “rendimiento académico”, “retramiento” y “agresividad” (todas ellas en el ambiente escolar). Los resultados de esta investigación ratifican las recomendaciones hechas por la mayoría de los autores, al considerar necesario realizar el diagnóstico de TDAH desde una perspectiva multi-metodológica y multidisciplinar, utilizando diferentes procedimientos de evaluación (criterios diagnósticos DSM-IV-TR o CIE-10, instrumentos específicos para el diagnóstico de TDAH y otros instrumentos que evalúen otras variables conductuales relacionadas con el TDAH) y analizando las distintas fuentes de información (padres, familiares, profesores y al propio niño).

Por último, en relación a los familiares de los niños con trastorno hiperactivo-atencional, se estiman imprescindibles (Moreno, 2007), entre otras iniciativas, la coordinación de servicios clínicos y escolares, así como la programación de sesiones grupales (escuelas/actividades para padres) y el fomento del asociacionismo, que en España, en los últimos años, ha experimentado un auge considerable, existiendo en la actualidad distintas asociaciones de padres en cada una de las comunidades autónomas.

Conclusión

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad es una “incapacidad invisible” para los demás pero dolorosamente demasiado visible para quienes lo padecen.

Como hemos visto, el TDAH es un trastorno de causa poco clara, probablemente con la intervención de factores genéticos y ambientales, en el que existe una alteración a nivel del sistema nervioso central. De todas formas, y aunque existen muchos estudios sobre ello, debemos ser realistas y aceptar que ninguna de las hipótesis está ciertamente probada y demostrada. Aunque hemos avanzado mucho en el conocimiento del TDAH en los últimos años, aún nos queda un largo recorrido.

Hoy conocemos que no existe ninguna intervención aislada, farmacológica, psicopedagógica o psicológica, que dé una respuesta óptima, al mismo tiempo que también carecemos de ensayos contrastados que nos aclaren de forma definitiva la mejor forma de actuar frente al niño, familia y escuela.

Lo que sí sabemos es que un niño con TDAH que no recibe un diagnóstico y/o un tratamiento correctos tiene altas probabilidades de sufrir, a lo largo de su desarrollo, un notable deterioro de su rendimiento escolar, de sus relaciones familiares y de su entorno social. Y lo que es más grave, que dicho deterioro y sus consecuencias se extiendan durante su vida adulta en forma de problemas laborales, dificultades de pareja, consumo de drogas, conductas antisociales y otros trastornos psiquiátricos asociados.

Para evitar esto es importante que el tratamiento sea multicomponente, distinguiendo entre técnicas específicas para el niño y aquellas cuya aplicación estén más orientadas a los padres y al ámbito escolar.

Por último, teniendo en cuenta la revisión realizada, nos atrevemos a realizar una reflexión de hacia dónde pensamos que debe dirigirse en la actualidad la investigación y modalidades de intervención en el TDAH. Teniendo en cuenta que la sintomatología central del TDAH (déficit de atención e hiperactividad-impulsividad) dificulta la relación del niño con el entorno familiar, su desarrollo personal y académico, pensamos que las modalidades de intervención naturalistas, es decir, aquellas que se desarrollan en el entorno natural del niño, sea el aula o el hogar, pueden demostrar mayores niveles de

eficacia. En Norteamérica algunos profesionales ofrecen un servicio que consiste en ayudar a los niños y adultos que padecen este trastorno a desarrollar habilidades necesarias para organizarse mejor, por ejemplo, estudiar, afrontar el estrés y mejorar las relaciones sociales. Este servicio se hace en el entorno natural del niño. Evidentemente que este tipo de tratamiento es más costoso y, posiblemente, más dificultoso para el profesional, pero puede resultar ser la manera más eficaz de lograr resultados aplicables a su vida diaria y generalizables a otros entornos. Y es que en consulta el niño puede aprender mucho a nivel conductual y cognitivo pero luego en casa no saber trasladar o generalizar lo aprendido. En esta línea, por ejemplo, los programas de intervención escolar que se han venido desarrollando en el aula para trabajar aspectos cognitivos y conductuales (Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil y Jarque, 1999) podrían desarrollarse también fuera del aula, en el patio por ejemplo, lugar idóneo donde implementar programas para la mejora de habilidades sociales.

Por ahora, este tipo de servicios de Norteamérica no existen en España, pero con el creciente interés que existe actualmente hacia el TDAH confiamos que pronto empiecen a ponerse en marcha.

Bibliografía

ABIKOFF, H., GITTELMAN, R., KLEIN, D. *Validation of a classroom observation code for hyperactive children.* Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 45, 772-783. Año 1977.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Masson, S.A. Barcelona, 2002.

AUGUST, G.J. GARFINKEL, G.D., *Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic referred children.* Journal of Abnormal Child Psychology, 18, 29-45. Año 1990.

BANDURA, A. *Social learning theory.* Nueva york: Prentice-Hall, 1977.

BARKLEY, R.A., DUPAUL, G.J., MCMURRAY, M.B. *Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 6, 775-789. Año 1990.

BARKLEY, R.A. *ADHD and the nature of self-control.* Nueva York: Guilford Press, 1997.

BARKLEY, R.A. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* Nueva York: Guilford Press, 1998.

BARKLEY, R. *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales.* Barcelona: Paidós, 2002.

BARKLEY, R.A. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* New York: Guilford Publications, 2006.

BAUERMEISTER, J. *Hiperactivo, Impulsivo, Distráido, ¿Me conoces?* New York: Guilford Press, 2002.

BIEDERMAN, J., FARAONE, S.V., KEENAN, Ka., KNEE, D., TSUANG, M.T. *Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 4, 526-533. Año 1990.

BIEDERMAN, J., NWEORN, J., SPRICH, S. *Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders*. American Journal of Psychiatry, 148, 564-577. Año 1991.

CLEMENTS, S.D. *Task force one: minimal brain dysfunction in children*. USA: Department of Health, Education and Welfare, 1966.

COOK, E.H., STEIN, M.A., KRASOWSKI, M.D., COX, N.J., OLKON, D.M. y KIEFFER, J.E. *Assocaiation of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene*. American Journal of Human Genetics, 56, 993-998. Año 1995.

CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES CIE-10. Criterios de la OMS.

DOUGLAS, V. I. *Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children*. Canadian Journal of Behavioral Science, 4, 259-282. Año 1972.

DOUGLAS, V.I. *Attention and cognitive problems*. Developmental neuropsychiatry. Nueva. york: Guilford Press, 1983.

DUBEY, D., O'LEARY, S., KAUFMAN, K. *Training parents of hyperactive children in child management, a omparative outcome study*. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 2, 229-246. Año 1983.

EPSTEIN, J.N., GOLDBERG, N.A., CONNERS, C.K., MARCH, J.S. *The effects of anxiety on continuous performance test functioning in a ADHD clinic sample*. Journal of Attention Disorders, 2, 45-52. Año 1997.

FARAONE, S. V. *Discussion of, genetic influence on parent-reported attention-related problems in a norwegian general population twin sample*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 596-599. Año 1996.

FARAONE, S., BIEDERMAN, J., WOZNIAK, J., MUNDY, E., MENNIN, D. y O'DONNELL, D. *Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania?* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 8, 1046-1055. Año 1997.

FLETCHER, J.M., SHAYWITZ, S.E. & SHAYWITZ, B.A. *Comorbidity of learning and attention disorders. Separate but equal.* (Comorbilidad entre los trastornos de la atención y los trastornos del aprendizaje: juntos pero distintos). Pediatric Clinics of North America, 1999.

GILLIS, J.J., GILBER, J.W., PENNINGTON, B.F., DEFRIES, J.C. *Attention deficit disorder in reading disabled twins, evidence for a genetic etiology.* Journal of Abnormal Child Psychology, 4, 303-315. Año 1991.

GOLDMAN LS, GENEL M, BEZMAN RJ, SLANETZ PJ. *Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents.* Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA 1998.

GREEN, C., CHEE, K. *El niño muy movido o despistado. Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.* Traducción, Ana Pérez. Barcelona: Medici, 2005.

HART, E., LAHEY, B., LOEBER, R., APPLGATE, B., FRICK, P. *Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys, a four year longitudinal study.* Journal of Abnormal Child Psychology, 1995.

HECHTMAN, L. *Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder.* (Evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Child&Adolescent Psychiatric of North America, 2000.

HERRERO, M.E., HECHMAN, L. WEISS, G. *Antisocial disorders in hyperactive subjects from childhood to adulthood: Predictive factors and characterization of subgroups.* American Journal of Orthopsychiatry, 64, 510-521. Año 1994.

HINSHAW, S.P., HENKER, B., WHALEN, C.K. *Selfcontrol in hyperactive boys in anger inducing situations, effects of cognitive behavioral training and of methylphenidate.* Journal of Abnormal Child Psychology, 12, 1, 55-77. Año 1984.

JENSEN, P., MARTIN, D., CANTWELL, D. *Cormobidity in ADHD, implications for research, practice, and DSM-IV.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 8, 1065-1079. Año 1997.

KRAUCH, V. Hyperactive engineering. *American Educational*, 7, 5, 70-77. Año 1971.

LAHOSTE, G.J., SWANSON, J.M., WIGAL, S.B., GLABE, C., WIGAL, T., KING, N., KENNEDY, J.L. *Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder*. *Molecular Psychiatry*, 1, 121-124. Año 1996.

LURIA, A.R. *The role of speech and the regulation of normal and abnormal behaviors*. Nueva York: Liveright, 1961.

MANNUZA, S., KLEIN, R.G., BESSLER, A., MALLOY, P. ET AL. *Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up*. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493-498. Año 1998.

MARTIN, G., AR, J. *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall, 1998.

McGEE, R., WILLIAMS, SH., SILVA, P.A. *Behavioral and development characteristics of aggressive, hyperactive and aggressive-hyperactive boys*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 270-279. Año, 1984.

MEICHEMBAUM, D., GOODMAN, J. *Cognitive-behavior modification*. Nueva York: General learning Press, 1969.

MILBERGER, S., BIEDERMAN, J., FARAONE, S.V., MURPHY, J., TSUANG, M.T. *Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: Issues of overlapping symptoms*. *American Academy of Child Psychiatry*, 152, 1783-1800. Año 1995.

MIRANDA, A., AMADO, L., JARQUE, S. *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljibe, 2001.

MIRANDA, A., CÍSCAR, C., ROSELLÓ, B. *Diferencias conductuales entre niños con TDAH, Ssn Hiperactividad y Ccn problemas de conducta*. Valencia: Promolibro-Cinteco, 1989.

MONTIEL, C., PEÑA, J.A. *Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes*. *Revista de Neurología*; 2001; 32, 506-511.

MORANDE, G., LAZARO, I. *Trastornos por déficit de atención en la infancia y adolescencia (TDA). Comorbilidad e interacción con trastornos de conducta (TC) y trastornos afectivos (TA)*. Valencia: Promolibro-cinteco, 1992.

MORENO, I. *Intervención psicológica en las familias de niños afectados por trastorno hiperactivo-atencional*. Interpsiquis, 2007.

MORENO, I. *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide, 2005.

NADEAU, K. *Attention Déficit Hyperactivity Disorder in Adults: A Handbook*. New York: Brunner/Mazel, 1995.

ORJALES VILLAR, I. *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE, 2001.

ORJALES VILLAR, I. *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: Cepe, 2007.

POLAINO,A., ORJALES, I. *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: Cepe, 2002.

RAPPORT, M.D., SCANLAN, S.E., DENNEY, C.B. *Attention deficit hyperactivity disorder and scholastic achievement, a model of dual developmental pathways*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 1169-1183. Año 1999.

RUTTER,M. *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal Orthopsychiatry, vol. 57, n.3, pp. 316-329. Año 1987.

SANTOS, J.L., BAUSELA, E. *Propuesta psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños/as con TDAH*. 2007.

SHAPIRO, S.K., GARFINKEL, B.D. *The occurrence of behaviours disorders in children: The interdependence of attention deficit disorder*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25, 809-819. Año 1986.

SHARE, D.L., SILVE, P.A., ADLER,C.J. *Factors associated with reading plus spelling retardation and specific spelling retardation*. Development Medicine and Child Neurology, 29, 72-84. Año 1987.

SHAYWITZ, B., SHAYWITZ, S. *Comorbidity, a critical issue in attention deficit disorder*. Journal of Child Neurology, 6, S13-S22. Año 1991.

SHERMAN, D.K., MCGUE, M.K. y IACONO, W.G. *Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder, a comparison of teachers' and mothers' reports*. American Journal Psychiatry, 154, 532-535. Año 1997.

SHURE, M.B. *Social competence as a problem-solving skill*. Nueva York: Guildford Press, 1981.

STILL, G. F. *The coulstonian lecture on some abnormal physical conditions in children*. *Lancet*, 1,1008-1012. Año 1902.

STRAUSS, A., LETHINEN, L. *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child*. New York: Grune Stratton, 1947.

TRUJILLO, A., DÍAZ-SIBAJA, M.A. *Complicaciones en el diagnóstico del TDAH: diferencias entre padres y profesores*. Interpsiquis, 2007.

VYGOTSKY, L.S. *Mind in society: The development of higher psychological process*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

ZENTALL, S.S. *Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder*. Exceptional Children, 60, 143-153. Año 1993.

